2.0179/A

H. VII. Des

42900

OPERE CHIRURGICHE

OSSIA

ESPOSIZIONE DELLA DOTTRINA E DELLA PRATICA

DI P. G. DESAULT

Chirurgo in Capo del Grande Spedale d' Umanità di Parigi

OPERA

DI SAV. BICHAT

Suo Allievo, e Medico Aggiunto del medesimo Spedale

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

FATTA DA UN PROFESSORE FIORENTINO

Sulla nuova Edizione del 1801.

Volume V.

Malattie delle Parti Molli.

FIRENZE MDCCCII.

PRESSO GUGLIELMO PIATTI CON APPROVAZIONE.

Digitized by the Internet Archive
in 2015 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b22023896_0005

OPERE
CHIRURGICHE

MALATTIE DELLE PARTI MOLLI

CONTINUAZIONE
DELLA SEZIONE PRIMA

E DELLE MALATTIE DELLA TESTA

Memoria sull' operazione del labbro leporino.

§. I. *Riflessioni generali.*

1. LA natura non segue sempre invariabilmente, nell' organizzazione degli animali, le leggi, che presiedono alla loro economia; essa esce qualche volta dalla linea, che le circoscrive, sembra divertirsi all' intorno, e produce allora diverse deformità, assai comuni

nella specie umana, e meno frequenti nell'altre, contro le quali spesso la Chirurgia non à che dei mezzi impotenti, ma che in certi casi può riformare con successo. Tale è quella deformità sì frequente, e sì conosciuta sotto il nome volgare di labbro leporino. In questa, almeno, l'arte corregge, ed abbellisce la natura: Quante altre volte la rende deforme!

2. Tutti gli autori ànno parlato del labbro leporino: e la maggior parte ànno cercato di perfezionarne la cura. Chi non crederebbe, dice un uomo celebre, paragonando i loro sforzi alla semplicità della malattia, che la sana pratica debba essere, a questo riguardo, invariabilmente fissata? Nulladimeno le opinioni dividonsi ancora; e restano delle nuvole nello spirito di molte persone dell'arte. Tentiamo di apportarvi qualche lume, presentandogli la dottrina di Desault su questo punto particolare; non perchè l'arte gli dee in questo punto dei progressi ben decisivi, ma perchè una grande esperienza gli aveva acquistato il diritto di pronunziare sulla questione tanto agitata in questi ultimi tempi, degl'inconvenienti, o dei vantaggi delle maniere di procedere impiegate nell'operazione.

3. Si sà, che il labbro leporino prende il suo nome dalla sua somiglianza colla disposizione naturale del labbro superiore della lepre; che i generale sin medica sotto un

gran numero di forme: che essendo ora semplice, non prensenta che una sola divisione, facile a riunirsi; ora essendo doppio, offre nel mezzo di questa divisione un' appendice carnosa più o meno allungata, che la divide ugualmente: che infine è complicato qualche volta colla separazione dell' ossa mascellari, e palatine colla prominenza d' una porzione dei primi nel mezzo della fessura, con divisione delle membrane palatina, e pituitaria, e dell' uvola, e per conseguenza coll' incomoda comunicazione delle narici colla bocca.

4. Disegnare il quadro di queste differenti specie di labbra leporine, e degl' incomodi effetti, che ne risultano, ossia per l' allattamento, ossia per l' altre funzioni, non sarebbe che aggiugnere ai fasti dell'arte delle descrizioni già mille volte ripetute dopo Celso, che ci trasmesse il primo su quest' affezione delle nozioni metodiche. Passo dunque, senz' arrestarmici, alla cura chirurgica, che essa esige.

5. Noi dobbiamo agli antichi medici l' ingegnosa idea di applicare alla guarigione del labbro leporino quella proprietà delle parti animali viventi, in virtù della quale una recente divisione, i di cui bordi sono messi a contatto, si riunisce, e dispare a capo d' un certo tempo. Da questo principio generale deriva la cura di tutte le ferite semplici; e so-

pra di esso s'appoggia ancora l'operazione, che vado ad esaminare. Ne risultano per questa operazione due grandi conseguenze; l'una, che bisogna ridurre la fessura allo stato di divisione recente; l'altra, che bisogna ravvicinare, e mantenere a contatto i bordi sanguinolenti di questa divisione.

6. Tutti i chirurghi sono partiti da questa doppia indicazione; ma non ànno tutti seguita la stessa via per sodisfarvi. Gli uni nel rinfrescamento dei bordi della divisione ànno avuto ricorso ai cauterj di diverse specie, ed agli stimolanti attivi. Gli altri, che formano il maggior numero, ànno impiegato uno strumento tagliente; ma tra questi la forma degli strumenti à variato, ed è stata disputata la priorità reciproca delle forbici, e del bistourì; e come ben presto dirò, è stata data forse troppa importanza a questo punto poco interessante della pratica. Nel ravvicinamento dei bordi rinfrescati della divisione, le cuciture secche, o sanguinolente, impiegate, e rigettate a vicenda, ànno fissato ancora, ma con più ragione, l'attenzione dei pratici, sulla preferenza respettiva, che gli è dovuta.

8. Entriamo in alcuni dettagli sulla pratica di Desault nell'una, e nell'altra parte dell'operazione, e sulle ragioni, che l'appoggiano; descriviamo in secondo luogo la sua maniera di procedere nell'operazione, supponendo il labbro

leporino semplice; infine tracciamo le modificazioni particolari, che dee subire l'operazione nelle differenti complicanze, che presenta questa deformità.

§. II. *Della recisione dei bordi della divisione.*

8. Tutti i pratici inoggi convengono sulla preferenza esclusiva, che merita sopra tutti gli altri mezzi lo strumento tagliente in questa prima parte dell'operazione. Il pericolo dei cauterj attuali, e potenziali, adottati qualche volta dagli antichi; la lentezza, e la difficoltà della cura, che accompagnano il loro uso; la cicatrice deforme, che ne risulta; tutto concorre a proscriverli da una pratica ragionata. Gli stimolanti più attivi, come sono i vescicanti, proposti, ed adoprati da alcuni, ànno quasi sempre un'azione insufficiente; e nell' impiego di questo mezzo, la probabilità di alcune guarigioni, non può compensare la certezza di un difetto abituale di successo. Un chirurgo adoprò questo metodo allo spedale delle scuole, in un tempo, in cui le memorie di Louis avevano fissati gli sguardi su questo punto di pratica. Il vescicante fu lasciato dodici ore; indi col mezzo degli agglutinanti si ravvicinarono i bordi di divisione; ma la loro riunione non seguì, che in

alcuni punti, e l'operazione ordinaria diviene la sola risorsa.

9. La maggior parte delle persone dell'arte pare avere attaccato assai poco d'interesse, sino a questi ultimi tempi, alla scelta esclusiva dello strumento destinato alla recisione dei bordi del labbro diviso. Le forbici, o il bistourì consigliati indifferentemente da Franco, Heistero, Ledran, non sembravano avere distinti vantaggi l'un sopra l'altro. Il maggior numero intanto aveva adottato le forbici, e la scelta, giustificata da numerosi successi, trovava pochi contradittori; quando Louis si scagliò con forza contro il di loro uso, e preconizzò con una importanza esagerata i loro inconvenienti, ed i vantaggi del bistourì. L'autorità di quest'uomo celebre lasciò per qualche tempo incerto lo spirito di Desault, allora ancor timido; ma benpresto la sperienza, e delle ricerche esatte, fissarono la di lui pratica su questo punto, e lo ricondussero al metodo antico.

10 Tracciamo nel paralello di questi due strumenti le ragioni di preferenza, che lo determinarono; non perchè questa preferenza sia esclusiva, poichè presso delle mani abili, spesso uguali successi coronano l'uno, e l'altro mezzo; ma perchè quando si trova il meglio, bisogna lasciare il bene.

11. Il bistourì agisce segando, e non am-

macca punto le parti; la pressione delle forbici sui corpi, che essi dividono, è quasi nulla, perchè l'azione delle loro lame è sempre molto obliqua a questi corpi; la sperienza ugualmente prova, che la parte da essi tagliata, non offre contusione giammai. La medesima sensazione di dolore è attaccata a questi due strumenti (*a*); ma il primo più del secondo ne aumenta la somma, allungando l'operazione. Questo non esige quasi mai la separazione del labbro, spesso aderente alla mascella superiore; quello rende necessario comunemente questo preliminare doloroso, per l'introduzione della carta, sulla quale dee tagliare. L'uso di questa carta, o degli altri mezzi conduttori del bistourì, è incomodissimo in certi casi. L'uso delle forbici non presenta questa difficoltà. Impiegando l'uno, le parti tirate fortemente a basso per facilitare la sua azione, sono spesso incise ine-

(*a*) La sperienza di Bell non lascia alcun dubbio su quest'oggetto. Egli nella stessa operazione resecò uno dei bordi della divisione col bistourì, l'altro con le forbici; e l'ammalato attestò, che la prima incisione gli era stata dolorosa più della seconda. Se questo risultato non è sempre costante, almeno si può conchiudere contro l'asserzione di Louis, che non è riservata una impressione più penosa piuttosto all'azione dell'uno, che a quella dell'altro strumento.

gualmente; servendosi delle altre, le carni fissate senza stiramento tralla doppia loro lama, si tagliano sempre a livello. Molti pratici celebri al presente in Francia, ed in Inghilterra, fanno un uso esclusivo del bistourì; quasi tutti i gran Maestri dell'arte si sono serviti delle forbici, che ànno tuttavia grandi partigiani in Europa. Si rimprovera loro di rendere necessario l'impiegare alternativamente le due mani, e di tagliare raramente con un sol colpo, il bordo, che essi rinfrescano; ma la storia del metodo operativo risponderà alla prima obiezione (36); la seconda non è essa comune ancora al bistourì? Si può spesso incidere in due volte, e l'angolo della divisione, e i bordi che vi si terminano. Infine, è un principio generale, che tutte le volte, che una parte è libera, sottile, e come fluttuante, le forbici che la fissano, servono meglio per tagliarla, che il bistourì, il quale esige preliminarmente un mezzo per mantenerla.

12. Da questo paralello, forse troppo triviale, segue, che se sotto alcuni rapporti sono attaccati uguali vantaggi alle forbici, ed al bistourì, il secondo non à mai una priorità reale sulle prime; che nel maggior numero di casi, al contrario, questi presentano al pratico una facilità, che egli cercherebbe inutilmente nell'altro. In questo doppio motivo Desault fondava la preferenza, ch'ei dava

alle forbici, per sodisfare la prima parte dell' operazione. Noi descrivendo il metodo operativo, vedremo la sua maniera d'impiegarle.

13. Oggi si conviene generalmente sui vantaggi della forma angolosa del bistourì. La facilità, che essa offre per la riunione; la certezza che dà di evitare in alto il foro incomodo, che risulta dal difetto di contatto, a basso la deforme incurvatura, che produce il non resecare l'angolo rotondo, che termina i bordi; la facilità che à il labbro, più grande inferiormente, che superiormente, a cedere all' estensione: tutto concorre a giustificare la pratica universalmente adottatata su questo punto, ed a bandire quella, che presentata prima d'ogni altro da Celso, modificata in seguito da diversi Autori, raccomandata da Guillemeau, e Thevenin, consisteva nel dare alle due incisioni laterali la forma d'una mezza luna. Le regole generali della recisione dei bordi sono; 1. di portar via tutta l'epidemide rossa, che li ricuopre, e di tagliare per conseguenza sulla pelle; 2. di dar loro una grandezza uguale, perchè ravvicinandosi, si adattino esattamente, e non facciano, come dicesi, il culo di gallina; in questa maniera se uno più obliquo, offre maggior lunghezza dell'altro, bisognerà resecar questo in maniera da portarne via di più verso l'estremità libera, che verso l'estremità ade-

rente, mentreche, al contrario, sul primo, si porterà via ugualmente in alto, che a basso; quindi risulterà una obliquità, ed una lunghezza uguali: 3. l'incisioni non debbono essere fatte a sguscio, ma scoprire tanto dalla parte anteriore, che dalla posteriore delle labbra; se si adoprano però gli aghi, non vi sarebbe forse male di risparmiare un poco più i bordi a spese della seconda, e di resecare al contrario un poco più a spese della prima, se si a ricorso agli agglutinanti; 4. il bordo primo ad incidersi sarà quello, il quale si provano maggiori difficoltà a fissare tralle dita, perchè essendo esse insanguinate per questa prima incisione, sdrucciolano sulle parti, e non possono assoggettarle tanto efficacemente.

§. III. *Dei mezzi di contatto trai due bordi rinfrescati della divisione.*

14. La riunione dei bordi della divisione, nel labbro leporino, non offre mai delle difficoltà, che possano arrestare il pratico. Quì la perdita di sostanza è quasi nulla. Le labbra lasse, e facilmente estensibili, cedono senza resistenza al minimo sforzo, che le ravvicina; dee solamente superarsi la contrazione muscolare, e si sente quanto è facile di vincere questa potenza. Ma se il contatto dei bordi del labbro è sempre facile a pro-

curarsi, non ritrovasi la stessa facilità a mantenerlo esattamente pendente in tutto il tempo necessario all'adesione reciproca delle due superfici rinfrescate. Non si esige in questa, come nella maggior parte dell'altre ferite, la semplice riunione; bisogna una riunione precisa, e regolare, che dee appena lasciare sulle parti una traccia della sua esistenza. Se il primo scopo dell'arte è di correggere un difetto di conformazione nociva alle funzioni; il secondo, non meno interessante per certe persone, è quello di aggiungere alla figura le bellezze, che la natura le ricusò.

15. Non bisogna dunque, che la scelta dei mezzi propri a mantenere riuniti i bordi della divisione, sia indifferente pel chirurgo geloso di perfezionare le operazioni, che pratica; ed il paralello di questi mezzi merita senza dubbio un'attenzione più seria di quello degli strumenti taglienti destinati alla divisione delle parti (49).

16. Nel labbro leporino, come nella maggior parte delle ferite longitudinali, la fasciatura unitiva, e le cuciture, sono i due soli mezzi di riunione; la situazione, altro mezzo di contatto trai bordi d'una ferita, non potendo in questa esser messa utilmente a profitto. Le cuciture sono state sempre, e sono tuttavia, universalmente impiegate, e l'uso esclusivo della fasciatura uni-

tiva, offre degl'inconvenienti troppo sensibili, per trovare dei partigiani giudiziosi. Ma quali cuciture debbono essere impiegate? Si può ricorrere indifferentemente alle secche, ed alle cruente? Le une, o le altre offrono forse dei vantaggi particolari, che debbono motivarne la preferenza?

17. Se per decidere questa questione vien consultata la storia dell' arte, noi vediamo quasi generalmente la cucitura cruenta messa in uso dai grandi maestri, dei quali la pratica è sempre, in favore di un' operazione, un pregiudizio almeno vantaggioso. Celso la praticava, o piuttosto la vedeva praticare dai medici del suo secolo. Gli Arabi presero ad imprestito questa pratica, e Guido de Chauliac loro imitatore, l' impiegava con vantaggio. Van Horne pareva non conoscerne altre; Pareo l' à fatta stampare; Guillemeau la raccomandava; Fabrizio d' Acquapendente la metteva sempre in uso; tutti i nostri trattati moderni d' operazione la propongono, e descrivono come esclusivamente convenevole; Garengeot, Ledran, Heistero, Petit ec., non indicano, che questo mezzo di contatto trai bordi rinfrescati.

18. Ma in mezzo di questa pratica quasi generalmente adottata, molti uomini distinti lasciarono la via comune, e la cucitura secca, o gli empiastri agglutinativi, contarono

ugualmente i loro partigiani. Franco descrive due maniere di procedere; una praticasi cogli aghi; l'altra limitata agli agglutinativi, è seguita, secondo lui, da minore deformità. Silvio, al rapporto di Muys, à guarito con quest'ultimo mezzo un gran numero di labbra leporine. G. Wolf-Wedel spera, mettendolo in uso, di non prolungare al di là di otto giorni la guarigione del fanciullo. Le ferite della faccia in generale, ed il labbro leporino in particolare, non rendono mai necessaria, secondo Giorgio Purmann, che la cucitura secca.

19. Infine Louis considerando da un lato, che la maggior parte degli autori non prescrivono la cucitura sanguinolenta, che nella supposizione d'una perdita di sostanza, essendosi persuaso da un altro lato, che questa supposizione è quasi sempre falsa nel caso, di cui si tratta, e che l'azione muscolare è la sola potenza, che bisogni superare; stabilisce per principio; 1. che la potenza, la quale ravvicina le labbra, dee esercitarsi, non già sui loro bordi, ma sui muscoli, che allontanano questi bordi; 2. che la faciatura unitiva dee sola rappresentare questa potenza; 3. che la cucitura è un mezzo di contatto, e non di ravvicinamento trai labbri della divisione; 4. che i cerotti agglutinativi, sufficienti per mantenere questo con-

tatto, e che non determinano altronde, come la cucitura sanguinolenta, una irritazione che favorisce la contrazione muscolare, debbono sempre ottenere su questa la preferenza del pratico.

20. Le basi, sulle quali riposa questa dottrina, sono in generale vere, ugualmente che i tre primi principj stabiliti dall'autore (19); e sotto questo punto di vista, l'arte gli dee un passo verso la perfezione. Manca peraltro, che l'ultimo principio sia marcato collo stesso conio degli altri; ed è facile di dimostrare, che non considerando la cucitura sanguinolenta, che come mezzo di contatto, e non di ravvicinamento, essa offre sempre dei vantaggi superiori a quelli dei cerotti agglutinativi. Il paralello nella maniera di agire di questi due mezzi, basterà per convincerne. Io non considererò prima di tutto altro, che la cucitura attortigliata, la più generalmente ricevuta; riserbandomi di presentare in seguito alcune considerazioni sulle incrocicchiate.

21. La cucitura secca è sempre esente da dolori, avanti, e dopo l'operazione. L'uso degli aghi ne occasiona pochi nel tempo dell'operazione, perchè il loro passaggio nelle carni è appena sensibile, e la pelle quasi sola è dolorosamente affetta dalle piccole ferite risultanti dalla loro entrata, e dalla loro usci-

za. L' esperienza prova, che dopo l'operazione la loro presenza non è dolorosa; 2. gli empiastri agglutinativi non producono una irritazione capace di accrescere l'azione muscolare. Se questa irritazione risulta dalla cucitura sanguinolenta, il suo effetto è sempre nullo, sia per l'azione della fasciatura, opposta a quella dei muscoli, o sia per la resistenza, che essa medesima oppone ai loro sforzi. Ricorrendo al primo mezzo, si evitano le lacerazioni causate qualche volta dal secondo; ma quando questo è metodicamente adoprato, non mai il pratico vi si trova esposto; 4. non si ànno, per causa della cucitura secca delle nuove ferite, d' onde può risultare, ed una infiammazione troppo grande, ed una suppurazione troppo lunga; ma la sperienza prova, che questo doppio accidente non è attaccato alla cucitura sanguinolenta.

22. Da questi primi ravvicinamenti segue, che gl'inconvenienti, tanto preconizzati, della cucitura attortigliata, meritano appena di entrare nella bilancia per la scelta d'una operazione; ma se vi ponghiamo questi vantaggi, sarà facile vedere di quanto sia essa superiore.

23. Gli agglutinativi non riuniscono esattamente i bordi della divisione, che alla loro parte anteriore. Posteriormente, rimane una

fessura, d'onde può scappare il sangue, e dove può venire ad introdursi la saliva. Quindi nel primo caso la possibilità di una emorragia, che io ò veduto sopravvenire cinque ore dopo ad una operazione praticata da un celebre chirurgo; nel secondo il difetto di agglutinazione dei bordi. Questo doppio inconveniente non è attribuito all'uso degli aghi. Essi venendo portati molto al di dietro nella grossezza del labbro, riuniscono i bordi posteriormente, mentrechè i fili attortigliati attorno di essi li assogettano anteriormente: da ciò un contatto sempre perfetto in tutta la grossezza di questi bordi.

32. I. Se uno dell'ossa mascellari è più rilevato dell'altro, le due porzioni del labbro riunite, avendo un punto d'appoggio ineguale, e non essendo ritenute abbastanza dagli empiastri agglutinativi, perderanno il loro livello, e si dislogheranno secondo la loro grossezza. Uno resterà al davanti sostenuto dall'osso mascellare rilevato; l'altro si abbasserà al di dietro, ed allora potrà accadere ciò, che Desault un giorno sperimentò in un caso, nel quale impiegò il metodo operativo di Louis. Il terzo anteriore del bordo sinistro della divisione si riunì al terzo posteriore del bordo destro; in manierache restarono al davanti, e al di dietro due superfici non riunite, che divennero la sede d'una lunga

suppurazione, e la causa d'una riunione deforme. O' veduto in un altro caso venire lo stesso inconveniente dal medesimo mezzo. La solidità della cucitura sanguinolenta, ed il punto d'appoggio, che danno gli aghi alle labbra, che attraversano, prevengono sempre questo incomodo dislogamento. 3. Impiegando la cucitura secca, i due bordi sempre ritirati più fortemente alla parte inferiore dalle potenze muscolari, vi formano, nel riunirsi, una piccola incavatura, in luogo del bottone più o meno rilevato, che presenta nello stato naturale la parte media, ed inferiore del labbro superiore. Io dimostrerò, descrivendo il metodo operativo, che è sempre facile, dirigendo giustamente l'ago inferiore, se non di formare il bottone, di evitare almeno l'incavatura; 4. se la fessura si prolunga nel naso, sopratutto se le ossa mascellari non sono a livello, è difficile riunire per mezzo degli agglutinativi l'angolo superiore della divisione; ed allora al disopra della riunione vi resta un forame incomdo. E' cosa rarissima, che l'uso degli aghi, con delle precauzioni, porti seco questo inconveniente; la pratica di Desault non lo à offerto, io credo, che una volta in un malato, che esso affidò alle mie cure dopo l'operazione, e nel quale io, essendo ancor poco istruito, lasciai troppo presto l'uso della fasciatura; 5. Comunque sia

perfetta questa fasciatura, non è mai abbastanza solida, cosicchè non sia in verun caso soggetta a sconcertarsi. Se essa viene a dislogarsi, potranno gli agglutinativi supplire così efficacemente, come gli aghi, alla mancanza della sua azione; 6. d'altronde, se una parte della cucitura attortigliata non agisce come la cucitura secca, i fili intimamente aderenti alla pelle, coll'intermezzo del glutine del sangue, rappresentano gli agglutinativi. Tenendo ravvicinati i due bordi della divisione, non prevengono essi la stracciatura degli aghi? 7. terminiamo questi ravvicinamenti tralla cucitura secca, e la cucitura sanguinolenta per mezzo del resultato della sperienza, e vedremo quest'ultimo mezzo essere costantemente seguito dal più felice successo, nei dieci anni, che Desault l'à praticato all'Hotel-Dieu. Moreau, che l'avea preceduto, lo seguiva, come tutti gli altri; ed i medesimi successi coronavano le di lui operazioni.

24. Conchiudiamo dunque, che se sotto certi punti di vista gli empiastri agglutinativi ànno alcuni vantaggi sulla cucitura sanguinolenta (22), essi offrono sempre una somma d'inconvenienti infinitamente più grande; che potrebbero forse convenire, se non si trattasse, che d'una riunione qualunque; ma che in generale sono insufficienti, per procurare questo contatto preciso, necessario alla

riunione esatta, e regolare, che si desidera nel labbro leporino (14). La teoria dunque, e la sperienza, si riuniscono per giustificare, nell'operazione del labbro leporino, l'uso della cucitura attortigliata, proscritto in Francia in questi ultimi tempi, se Desault primieramente non ve l'avesse mantenuto, ed in seguito ristabilito.

25. Ma questa preferenza, che ottiene sopra la cucitura secca la cucitura attortigliata, non è applicabile ugualmente alla cucitura incrociata? Questa à avuti dei partigiani; ed in generale, paragonata agli agglutinativi, presenta grandissimi vantaggi; ma se si paragona alla cucitura attortigliata, non offre lo stesso risultato; 1. le parti molli non sono mai fissate così solidamente, come in questa, in cui gli aghi al di dietro, ed i fili al davanti le assoggettano immobilmente; 2. se, come frequentemente accade nell'allontanamento dell'ossa mascellari, la corona dei denti offre al labbro riunito un punto d'appoggio ineguale, i fili incrociati non possono sostenere, come gli aghi, i due bordi al medesimo livello; e quì osserverò, che il rimprovero fatto alla cucitura incrociata, di lasciare nelle carni delle barre solide, offre precisamente uno dei suoi vantaggi, nel caso, in cui il sostegno, che gli somministra la mascella, non è uniforme; 3. è difficile, per mezzo dei soli

fili lasciati nelle parti, evitare la piccola scanalatura inferiore, di cui abbiamo parlato, e che è sempre facile prevenire per mezzo degli aghi. Conveniamo intanto, che se il labbro leporino è semplice, se la fila dei denti non offre alcuna ineguaglianza, la cucitura a punti incrociati, può in generale avere dei successi, sui quali sarebbe cosa imprudente di contare in un caso un poco complicato.

26. O' procurato stabilire (23. 25) la proprietà sempre reale della cucitura attortigliata: passiamo alla maniera di farla, ed alla scelta degli strumenti, che per farsi essa esige. Gli aghi necessarj a questa specie di cucitura ànno variato e nella loro forma, e nella loro composizione. Essi a vicenda flessibili, o inflessibili, ànno diviso sotto questo rapporto l'opinione dei pratici. Intanto il maggior numero non gli dà la prima forma, ammessa da alcuni.

24. Gli antichi non adopravano, che quelli di acciajo, le estremità dei quali, facili ad arrugginirsi, quando vengono ritirati, irritano il tragitto della ferita. Sharp in Inghilterra, Houstel in Francia, vi sostituirono quelle di argento, terminate da una punta di acciajo. Infine si sono adottate quelle di oro proposte da Ledran, e che da un lato non ànno, come quelle di ferro, l'inconveniente di arrugginirsi, dall'altro ànno sufficiente solidità per

formare un taglio proprio ad aprir loro un passaggio. Desault ne aveva adottato l'uso. Bell gli adopra ugualmente.

28. La forma degli aghi à variato, come la loro composizione. Gli antichi non appianavano una delle di loro estremità a ferro di lancia, e noi dobbiamo ai moderni questo punto di perfezionare: sono adattati all'altra estremità, ora dei capi simili a quelli degli spilli, ora dei fori, per passare i fili. Ma nel primo caso, la punta tagliente, obbligata ad attraversare di nuovo la ferita, quando ritirasi l'ago, taglia per la seconda volta le parti. Nel secondo, questo è un foro inutile, poichè i fili sono sempre fissati sufficientemente attorno agli aghi pel loro incrociamento. Dietro queste considerazioni Desault avea dato agli aghi la forma espressa nella fig. 5. e 6; li variava secondo la grandezza del labbro, e per introdurli non mai impiegava il portanodo adottato da un gran numero di pratici; strumento sempre inutile, e facile ad essere rimpiazzato dalle dita (*a*).

(*a*) La forma rotonda usata nei nostri aghi pel labbro leporino, è ella la più vantaggiosa? Non sarebbe meglio appianargli nel loro corpo, e prolungare così a tutta la loro estensione la figura della loro estremità tagliente, con una larghezza presso a poco minore? Con ciò i bordi delle piccole feri-

29. Gl'Inglesi lasciano ordinariamente scolare il sangue per qualche tempo, avanti la riunione dei bordi; essi sperano per mezzo di questo sgorgamento locale di prevenire l'infiammazione delle labbra. Ma la sperienza ci dimostra l'inutilità di questa precauzione.

30. E' una pratica adottata in oggi generalmente in Francia, di ajutare col mezzo della fasciatura unitiva l'effetto delle cuciture nel labbro leporino; e per dare una giusta idea di questi due mezzi, può dirsi, che il primo è destinato sopratutto a procurare il ravvicinamento, ed il secondo a mantenere esattamente il contatto dei due bordi della divisione (19). Intanto la maggior parte degl'Inglesi rigettano le fasciature proprie a superare l'azione muscolare. Sharp le trova incomode per l'ammalato. Bell aggiunge a questo inconveniente quello di comprimere l'estremità degli aghi, e cita altronde diversi

---

te, che formano il loro passaggio, sarebbero meno discosti l'uno dall'altro, poichè l'allontanmento è in ragione diretta della grossezza dei corpi lasciati in questto tragitto; una minore irritazione ne sarebbe il risultato; per conseguenza minor suppurazione, e più prontezza nella cicatrizzazione di queste piccole ferite. Del resto questa forma, che io propongo, non sarebbe, che un leggiero vantaggio, mentrechè l'altra non offre, che un leggiero inconveniente.

esempj di cattivi successi ottenuti col loro soccorso. Ma a capo di alcune ore, l'incomodo è quasi nullo. Quando i cuscinetti ànno una grossezza sufficiente, la fasciatura non esercita la compressione, che Bell gli rimprovera; infine ai successi da lui riportati possono opporsi una infinità di rovesci, che esso tace, e che non si sarebbero sperimentati col mezzo della faciatura.

31. La forma di queste faciature vària secondo il genio inventore dei pratici, che le impiegano. Ma in generale sono fondate sopra un principio comune: quasi tutte si fanno con una fascia avvolta a due capi. Questi due capi dopo essere passati su due cuscinetti situati sulla guancia, e destinati a spingere le parti in avanti, vengono ad incrociarsi sotto il naso, ossia che in questo luogo sieno stati adattati alla fascia parecchi fili, che passano li uni negli altri, o sia che uno dei capi diviso in due, passi attraverso due aperture praticate nell' altro; o sia infine, che quello di un lato venga rovesciato su quello d'un lato opposto.

32. Da eiò segue, che la fasciatura del labbro leporino, è in generale quella delle ferite in lungo, modificata in differenti maniere. Desault non era partito dallo stesso principio, nell' invenzione di quella, di cui servivasi. La sua fascia (*bb*) non era av-

volta, che ad un sol capo; essa da un lato portava in avanti uno dei piumacciuoli, come nell'altre fasciature; dall'altro, passando solamente sul piumaccciuolo opposto, l'assoggettava al luogo, dove le dita d'un ajuto l'avevano da principio portato. Quindi risultava, che un solo giro passando sulla divisione riunita, non vi erano mai in questo luogo delle pieghe, o dei rovesci, sempre incomodi agli ammalati, e nocivi all'operazione. Spesso nelle fasciature ordinarie i cuscinetti fissati trasversalmente si dislogano dall'alto al basso. Due fascette di pannolino (*ii*) attraversando ad angolo retto la fascia principale (*bb*) sui piumacciuoli, ed incrociandosi sulla testa, gli servivano ad evitare questo inconvenivnte. Del resto io ritornerò sopra questi vantaggi nella descrizione di questa fasciatura.

§. IV. *Metodo operativo nel caso di semplice divisione al labbro.*

33. Supponiamo quì il labbro leporino semplice, per facilitare la descrizione del modo di procedere, di cui esaminerò in seguito le variazioni nei labbri leporini complicati. Desault ricorreva in generale assai poco alle preparazioni, raramente utili, secondo lui, e spesso funeste agli ammalati. In questa specie, piucchè nelle altre, egli seguiva questa

pratica, e quasi sempre limitavasi ad alcune precauzioni, in apparenza triviali, ma spesso più vantaggiose ai successi dell'operazione, che certi punti lungo tempo disputati. Era ciò, per esempio, di far pettinare esattamente il fanciullo, al quale doveva esser fatta l'operazione; di mettere nei di lui capelli un poco di unguento grigio, per timore, che tormentato dai pidocchi non sconcertasse il suo apparecchio; di situare delle fila dietro l'orecchio; di riempirne la cartilagine della conca, affin di evitare l'incomodo della compressione dell'orecchio, ed assorbire la materia della traspirazione, che divenuta acre pel suo soggiorno, irrita, ed escoria ancor qualche volta le parti; e di fissare solidamente, col mezzo d'una fascia, il berretto, che dee servire di punto d'appoggio alla fasciatura.

34. I pezzi, che compongono l'apparato, sono, 1. per l'operazione, un pajo di forbici fortissime, ben taglienti, e le di cui lame debbono essere esattamente cambiate nei due lati; alcuni aghi d'oro, d'una grandezza relativa al labbro del malato; un capo di filo semplice; un nastro formato di due fili inceràti, e paralelli tra loro; due piccoli guancialetti dell'altezza del labbro superiore; un piumacciuolo, ed un guancialetto di una lunghezza uguale a quella degli aghi; 2. per la fasciatura, due cuscinetti d'una grandezza

relativa alla guancia del malato; una fascia di tre braccia (francesi) avvolta in un sol capo, e della stessa larghezza del labbro; due fascette lunghe due piedi, larghe presso a poco quanto i cuscinetti; una frombola; ed una fascia ordinaria.

35. La situazione del malato, più favorevole al Chirurgo, è questa. Egli dee essere assiso su d'una sedia alta, colla testa appoggiata sul petto d'un ajuto, le di cui mani applicate sulle guance, le spingono in avanti; nel medesimo tempo, che le dita del mezzo esercitano sulla mascella esterna una esatta compressione al suo passaggio al davanti del massatere. Essendo tutto in tal modo disposto, si procede all'operazione, nella quale possiamo considerare tre tempi ben distinti, quello della recisione dei bordi, quello della loro riunione, quello dell'applicazione della fasciatura.

36. Nel primo tempo:

I. Il chirurgo situato al davanti, ed un poco al lato destro dell'ammalato, affinchè la mano di questo lato, che dee agire, corrisponda direttamente alla parte affetta, prende, e stringe col pollice, e l'indice dell'altra mano, il bordo sinistro della divisione (*a*),

---

(*a*) Per questo metodo operativo di Desault non

taglia da basso in alto, ed un poco dal di fuori al di dentro tutta la parte rossa di questo bordo (13), osservando di tenere sempre le lame dello strumento perpendicolari al labbro, e di portar via una porzione di carni, più grande inferiormente dove bisogna portar via tutto il bordo rotondo, che superiormente dove basta rinfrescare questo bordo.

II. Prende tralle dita della mano sinistra, la porzione destra del labbro, non già sul bordo medesimo, come dal lato opposto, ma un poco al di là; la ritira a basso, e con le forbici porta via, per mezzo d' una incisione obliqua, che corrisponde alla precedente, tutto il bordo rosso di questo lato.

37. Da questa doppia incisione, per la quale basta ordinariamente da ciascun lato un sol colpo di forbici, risulta una ferita triangolare, alla riunione della quale bisogna subito procedere; ed è questo il secondo tempo dell'operazione, che si pratica nel modo seguente.

III. Il bordo rinfrescato della porzione sinistra è preso di nuovo, e nella stessa maniera, che per la resezione; indi si affonda nel labbro, ad una linea del suo bordo libero,

---

avvi l'inconveniente di cambiare lo strumento in tempo dell'operazione, e così il rimprovero (11) fatto da Louis alle forbici cade da se medesimo.

ed a tre linee dalla ferita, un ago sottile tenuto dalla mano sinistra, come una penna da scrivere; intonacato primieramente di cerato, e diretto all'indietro, ed in alto, in modo da farne sortire la punta a due linee al disopra del bordo libero, tra il quarto posteriore, ed i tre quarti anteriori del labbro.

IV. L'ajuto, sul petto del quale appoggia la testa dell'ammalato, preme fortissimamente in avanti le due guance, mantrechè il chirurgo, prendendo, come per la resezione, la porzione destra del labbro, la ravvicina all'altra, affonda la punta dell'ago nel bordo grondante sangue, la porta nella medesima direzione, e le fa percorrere lo stesso tragitto, ma in un senso inverso di quello, del lato opposto, in manierache la punta viene a sortire al luogo corrispondente a quello, in cui essa era entrata. Quindi risulta la forma d'un V rovesciato nel tragitto dell'ago; disposizione propria a spingere a basso la quantità di carni necessaria alla formazione del bottone, che presenta, nello stato naturale, la parte media ed inferiore del labbro.

V. Il Chirurgo prendendo colla mano sinistra l'estremità puntuta dell'ago, e tenendo sempre colla mano destra l'altra estremità, tira a basso i due bordi del labbro, che si tendono, si ravvicinano, si riuniscono; e mentrecho sono in tal modo mantenuti a

contatto, un ajuto passa il capo del filo tra il labbro, e l'ago, ne tira a basso i due capi, e rimpiazzando in tal modo le mani del Chirurgo, mantiene questo contatto.

VI. Questo attacca sull'ansa il mezzo del nastro di filo, incrocia i suoi due capi anteriormente in forma di 8. sulla riunione dei due bordi, li riconduce tra il labbro, e l'ago, passa al di sotto di questo, ritorna al di sopra, e ricominciando dei nuovi 8, ne copre la porzione inferiore del labbro, colla precauzione di situare le crociate l'une sopra l'altre; i due capi del nastro sono in seguito affidati ad un ajuto, che li ritiene dal lato opposto all'ansa

VII. Vien situato un altro ago tre linee al di sopra del primo, alla distanza medesima dei bordi insanguinati, colla stessa precauzione di lasciare più parti al davanti, e meno al di dietro; ma senza dare al tragitto dell'ago la forma angolosa della prima volta.

VIII. Il Chirurgo prende i due capi del nastro di filo, gl'incrocia tra gli aghi, gli attacca da ciascun lato dietro il superiore, viene a fare al davanti di esso alcuni 8, indi scendendo di nuovo all'inferiore, e risalendo alternativamente al superiore, incrociando sempre nel mezzo, copre il labbro di 8, come può vedersi (*fig.* 2.)

IX. Se fosse necessario un terzo ago, il modo della sua introduzione sarebbe lo stesso di quello del secondo. Quanto ai fili, si farebbe da questo secondo al terzo, ciò, che si è fatto dal primo al secondo.

X. L'ansa del filo destinato a stendere il labbro, vien tagliata. Sono situati sotto gli aghi dei piccoli guancialetti, per sostenerne le estremità. Si mette sul labbro il piumacciuolo inzuppato di acqua vegeto-minerale, e vien ricoperto da un cuscinetto analogo alla forma delle parti.

38. Il ravvicinamento dei bordi, e i mezzi immediati del loro contatto, sono l'oggetto delle parziali maniere di procedere nel secondo tempo dell'operazione; il terzo à per iscopo i mezzi mediati di questo contatto, o l'applicazione della fasciatura. Ecco in che consiste.

XI. Situare sulle guancie due cuscinetti (*dd. dd. fig.* 3.) nello spazio circoscritto al di dietro dal massetere, al davanti dalla commessura, in alto dall'eminenza della guancia, a basso dai lati della mascella inferiore. Un ajuto li assoggetta, premendoli contro la guancia, e portandoli al davanti.

XII. Fissare attorno alla testa, con alcuni giri circolari, la fascia stretta avvolta in un sol capo, attaccarne il capo dietro l'orecchio dal lato destro, condurlo sul cuscinetto (*dd*)

della guancia del medesimo lato, indi sotto il naso al luogo dell' incrociamento dei fili (*cc*), quindi sul cuscinetto dell' altro lato (*dd*), che si à cura di ricondurre nel tempo stesso fortemente al davanti, infine dietro l'orecchia, dove la medesima è assoggettata, e terminare la sua applicazione con dei giri circolari attorno alla testa.

XIII. Collocare le due fascette (*ii. ii.*) le quali passando sopra ciascuno dei cuscinetti, vi incrociano la fascia, sono quivi assoggettate con uno spillo, ed in seguito portate obliquamente alla parte superiore della testa, dove esse s'incrociano, e vengono fissate.

XIV. L'applicazione d'una fascia a quattro capi, destinata a prevenire i movimenti della mascella, termina la fasciatura, i di cui diversi pezzi sono assoggettati da una fascia, che inviluppa con i suoi giri circolari (*aa. aa.*) la parte superiore della testa.

§. V. *Della cura consecutiva.*

39. Il trattamento, che segue questa operazione, è sempre semplice. Evitare tutto ciò, che può occasionare movimento nei labbri, rinnovare l'apparato ogni due giorni; in ciò si limitano i più celebri pratici. Vi sono però delle precauzioni, o sia per il rinnovamento dell'apparato, o sia per dirigere il fan-

ciullo, o sia infine per ritirare gli aghi: E queste precauzioni sono essenzialmente attaccate al successo dell'operazione, e di queste sono per delineare in dettaglio il quadro nell' osservazione seguente, riportandovi la pratica di Desault, al caso particolare, di cui essa è il seggetto.

Osservazione I.

Giovanna Debol entrò all' Hôtel-Dieu il dì 7. Luglio 1787., per essergli fatta l'operazione di un labbro leporino semplice, che dividendo inegualmente il labbro, l'attraversava al livello del dente canino del lato sinistro. Questa fanciulla sino allora esente da ogni infermità, non avea niente, che potesse contraindicare l'operazione, mezzo unico per rimediare ad una deformità, che l'incomodava poco, ma che molto sfigurava le grazie nascenti della sua fisonomìa.

L'operazione praticata dietro il modo di procedere da me descritto, non offrì niente di particolare; fu rapidamente eseguita; e non parve produrre, che un leggiero dolore. La sera un poco di enfiagione, ordinario effetto della pressione dell'apparato, occupò tutto il viso. Non sopravvenne verun dolore; la malata assai tranquilla prese un brodo col mezzo di un vasettino usato nel dar bere ai bambini

appianato, posto nell'intervallo di due denti molari. L'enfiagione si dissipò la mattina, e diede luogo ad un leggiero pizzicore. Si levò l'apparecchio, e fu rinnovato il piumacciuolo dopo essere stato inzuppato d'acqua vegeto-minerale; furono dati tre brodi colla medesima precauzione del giorno antecedente. Il terzo giorno, lo stesso trattamento del secondo. Il quarto si permesse una leggiera zuppa. Nella medicatura si ritirarono gli aghi, colla precauzione di nettarne esattamente l'estremità, che dovea percorrere il tragitto della ferita; d'intonacarla preliminarmente di cerato; di fare eseguire a ciascun ago un movimento di rotazione, per distaccarlo con maggiore facilità; infine, di appoggiare due dita sul bordo del labbro corrispondente alla ferita, affine di sostenerlo nel tempo, che si ritirerebbe lo strumento. I fili aderenti alle parti furono lasciati in posto: il quinto giorno, niente di particolare: il sesto giorno, i fili cascarono; furono permessi all'ammalata alcuni alimenti solidi: il nono giorno, fu soppressa la fasciatura: il decimo giorno, comparve una leggiera suppurazione all'orifizio del tragitto degli aghi. Il duodecimo giorno, non ne rimase veruna traccia, e la fanciulla ottimamente guarita, articolò distintamente i suoni, che prima non rendeva, che a stento.

40. Il trattamento descritto in questa osservazione, era quello, che Desault adoprava costantemente in seguito dell'operazione del labbro leporino; egli non lasciava mai, in generale, per più di tre, o quattro giorni gli aghi nella ferita, avendogli insegnato l'esperienza, che da un soggiorno più prolungato seguono spesso quelle lacerazioni tanto rimproverate agli aghi. La proprietà ben contestata, che à l'acqua vegeto-minerale, di ritardare la suppurazione nelle ferite, che ne sono penetrate, lascia quì alle superfici rinfrescate maggior tempo per riunirsi, e sotto queto punto di vista l'uso di questo medicamento è vantaggiosissimo. La maniera di ritirare gli aghi è sempre la stessa; nessun dolore l'accompagna; nessuna nuova irritazione ne segue. Del resto appartiene sopratutto a quelli, che stanno attorno all'ammalato, e gli somministrano gli alimenti, di favorire il successo dell'operazione. Non vi è regola particolare da assegnarli; solo un principio generale dee dirigerli; cioè di evitare tutto quello, che può produrre nelle labbra il minimo movimento.

§. VI. *Particolarità del modo operativo nel labbro leporino complicato.*

41. L'operazione del labbro leporino, che è

sempre facile nel caso d'una fessura semplice al labbro superiore, in certe circostanze offre delle difficoltà, che nel metodo operativo rendono necessarie delle particolari modificazioni, sulle quali è cosa utile dare un'occhiata.

42. Non è cosa rara il vedere una doppia fessura, o piuttosto un bottone nel mezzo, che separa in due la divisione del labbro. La grandezza di questo bottone varia: E' egli poco considerabile? Verrà compreso nella resezione. Nel luogo, che esso occupava trovasi l'angolo della ferita, ed allora niente viene cambiato nel metodo operativo. Ma, occupa esso uno spazio più grande? Discende egli nel mezzo, ai due terzi, ed anche al livello del bordo inferiore del labbro superiore? Bisogna allora da ciascun lato rinfrescare i suoi bordi, colla precauzione già indicata, di lasciare più carni superiormente, che inferiormente, dove il bottone dee essere angoloso. Da questa forma risulta la facilità di adattarlo nell'intervallo dei due bordi. Attraversato in seguito dagli aghi, che infilano ancora questi bordi, si riunisce ad essi esattamente. Se non discende, che al mezzo della divisione, prima di rinfrescare i suoi bordi, bisogna distaccarlo dalle sue aderenze col frenulo del labbro superiore, che gli corrisponde, e condurlo in seguito più a basso, che sia possibile.

43. Alcuni pratici ànno messo in questione, se sarebbe cosa più vantaggiosa in questo caso, di praticare l'operazione in due tempi, riunendo primieramente uno dei bordi del pezzo pendente al bordo corrispondente del labbro, e ripetendo in seguito la stessa operazione tostochè la riunione sarebbe compita. Bell appoggia questo modo di operare ai pericoli dell'infiammazione, alla quale è esposto il pezzo troppo sottile, che gli aghi attraversano. Ma la sperienza prova, che questo pericolo non è mai reale, che sempre un successo uguale a quello dell'operazione del labbro leporino semplice, corona quella del labbro leporino doppio, praticata metodicamente, tutta in un tempo. Perchè dunque cercare, raddoppiando il dolore, ciò che si ottiene, occasionandolo solamente una volta? Desault praticava costantemente l'operazione dietro questo principio; ed essa tralle sue mani è stata sempre seguita dai successi, dei quali l'osservazione seguente raccolta da Gavard, ci offre un esempio.

Osservazione II.

Maria Delone di anni otto, entrò all'Hôtel-Dieu con un labbro leporino doppio, il dì 8. giugno 1789. Da ciascun'ala del naso partiva una divisione prolungata in tutto il lab-

bro; e restava in mezzo isolata una porzione larga quattro linee. Una doppia operazione doveva nel tempo medesimo rimediare a questa doppia deformità. Desault, dopo le precauzioni ordinarie, vi procedè secondo le regole indicate (42); rinfrescò, con delle incisioni oblique, i quattro bordi da riunirsi, situò in seguito inferiormente un ago, che entrando a tre linee dalla ferita, sortì tra il quarto posteriore, e i tre quarti anteriori del bordo sinistro; fu portato nel pezzo pendente, del quale attraversò la grossezza allo stesso livello, rientrò nel bordo destro, quale percorse in senso inverso, nella stessa direzione del sinistro, e venne ad uscire a tre linee da questo bordo. Essendo situata l'ansa come nei casi ordinarj, fu passato un secondo ago come il primo; attorno ad ambi due fu attortigliato il nastro di refe in forma di 8., e l'applicazione della fasciatura ordinaria terminò l'operazione.

La ragazza malata, che nell'atto dell'operazione appena avea gettati alcuni gridi, parve tranquilla nella serata; e si lamentò solamente un poco dell'incomodo della fasciatura. Nella notte si dissipò questo incomodo; non sopravvenne alcun gonfiamento. La cura fu la stessa di quella dell'osservazione precedente; solo la riunione fu più ritardata, obbligando a prolungarla un poco di più la doppia

fessura; e non parendo [illegible] riunita al terzo giorno, non si levarono gli aghi, che al sesto. La fasciatura fu tuttavia continuata, ed a capo di quindici giorni Maria Delone fu ottimamente guarita, senza i dolori delle due operazioni successivamente praticate.

44. La porzione carnosa, che separa in due la divisione, non è sempre, come nel caso precedente, della stessa grandezza del labbro. Essa spesso finisce al mezzo della fessura, ed allora l'operazione è ancora modificata.

Osservazione III.

Giuseppe Delarone, di anni 9., entrò all' Hotel-Dieu con un labbro leporino doppio, il di cui bottone medio, d'una forma rotonda, terminava in mezzo della divisione.

L'operazione fu praticata il terzo giorno dopo il suo arrivo. Essendo stata fatta la resezione del bordo sinistro del labbro, Desault prese il bottone, lo distaccò dalle sue aderenze col frenulo del labbro superiore, e portò via obliquamente il suo bordo sinistro, in maniera da dargli una forma triangolare. Essendo stato rinfrescato in seguito il bordo destro del labbro, si collocò inferiormente un ago, il quale riunì, come nel labbro leporino semplice, i due bordi del labbro, e fu assoggettato

dall'ansa di filo. Un secondo ago introdotto tre linee al disopra attraversò il bottone nella sua parte media, e lo fissò invariabilmente trai due bordi già riuniti a basso, e con i quali fu mantenuto esattamente a contatto per mezzo dei fili attortigliati in 8.

La sera sopravvenne una leggiera emorragia; si rinnovò l'apparato, che venne meglio ristretto. Il giorno appresso non si manifestò verun dolore. Il terzo giorno, comparve un poco di enfiagione, la quale benpresto si dissipò. Gli aghi furono tolti il quarto giorno, e l'ammalato sortì guarito, dodici giorni dopo l'operazione..

45. Una doppia fessura, nel labbro leporino, non è la più incomoda complicanza, che l'arte abbia da superare. Spesso alla divisione delle parti molli si riunisce quella del palato osseo. Una rilevatezza incomoda apparisce spesso trai bordi da riunirsi; e nuove modificazioni debbono, in quest'ultimo caso, aggiungersi all'operazione, che noi esaminiamo. La fessura della volta palatina varia in estensione, ed in grandezza. Essa, venendo qualche volta limitata all'ossa mascellari, si riunisce sempre dopo l'operazione: ma spesso occupa l'ossa palatine, attraversa il velo del palato, ed allora gli esempi di riunione sono citati meno frequentemente dagli osservatori. In generale, Desault à vedu-

to, che qualunque fosse la forma della fessura, in seguito dell'operazione vi era costantemente, se non una riunione esatta, almeno un ravvicinamento sensibilissimo. Se la cura immediata di questo fenomeno sfugge alle nostre ricerche, almeno siamo sicuri, che il ristabilimento del labbro, nel suo stato naturale, ne è la causa determinante. Tiriamo da ciò questa conseguenza, che l'operazione dee essere praticata tanto più prontamente, quanto più pressanti sono gli accidenti risultanti dalla fessura del palato.

46. Il ravvicinamento di questa fessura è più, o meno tardivo. La natura non ristabilisce, che per gradi, la conformazione regolare, che avea primitivamente trascurata. Vi sono però dei casi, nei quali essa esce da questa regola, e più rapida nel suo cammino, opera prontamente la riunione dell'ossa. L'esempio seguente ne è la prova.

Osservazione IV.

Un fanciullo fu condotto all'Hotel-Dieu, con un labbro leporino complicato da una separazione di mezzo pollice alla volta palatina; la deglutizione era estremamente incomodata, e la pronunziazione difficile a segno, che appena rendeva dei suoni articolati.

L'operazione non offrì alcuna particolarità, ed a capo di dieci giorni il labbro fu completamente riunito. A quest'epoca la fessura palatina esaminata per la prima volta fu trovata diminuita per metà. Il fanciullo essendo meno imbarazzato nell'esprimersi, inghiottiva ancora quasi senza pena: il quindicesimo giorno, i bordi ravvicinati più sensibilmente, lasciavano appena passare nel naso gli alimenti liquidi: il diciannovesimo giorno, la fessura era poco apparente: il ventisettesimo giorno, i bordi erano riuniti fino al punto di lasciare appena una traccia della loro separazione. L'intiera facilità di esprimersi fu un poco più lunga a ritornare, che non era stata a dissiparsi la causa, che l'impediva.

47. La separazione dell'ossa della volta palatina, causa di rado determinante di una modificazione nell'operazione, è accompagnata frequentemente dalla rilevatezza d'una porzione della mascella superiore, che rende sempre necessaria una maniera di procedere particolare. Le varietà di questa complicanza sono numerosissime; ora uno dell'ossa mascellari, oltrepassando il livello dell'altro, viene a formare la prominenza colla sua spina nasale; ora, nel caso di doppia fessura, una porzione separata della mascella, spinge in avanti il bottone medio del labbro, come

si vede (*fig.* 1.); qualche volta uno dell'os sa mascellari, inclinato al di dietro, presenta al davanti, l'orlo dei denti, che impedisce la riunione; spesso un dente, eccedendo il livello degli altri, vi pone un ostacolo. Si sente, che in quest'ultima circostanza, è sempre facile, svellendo il dente rilevato, di superare la difficoltà. Ma se l'osso mascellare medesimo fa prominenza, questo caso più imbarazzante à fatto nascere diverse maniere di procedere.

43. La maggior parte dei moderni (giacchè gli antichi non osavano in questo caso praticare l'operazione), ànno proposto, e praticato la recisione preliminare della porzione ossea prominente. Daniel Ludovic à fatto quest'operazione solo per facilitare l'allattamento. Franco, e Van-Horne la raccomandano. Si trovano nelle memorie dell'Accademia di Chirurgìa diverse osservazioni, nelle quali è stata messa in uso questa pratica da Gerard, Lafaye ec.. Ma è cosa rara, che sia necessaria questa resezione; ed ella è sempre dolorosissima. Se si lascia tra essa e la riunione delle labbra un intervallo di tempo, è questa una doppia operazione. Si pratica nel tempo stesso l'una, e l'altra? Qualche volta ne segue un'infiammazione nociva alla consolidazione della ferita. Ne risulta costantemente un vuoto più, o meno considerabile; ed allora

le due porzioni del labbro riunite, nel luogo del loro contatto mancano d' un punto d' appoggio favorevole.

49. Infine resta ancora da temersi un inconveniente, supponendo la riunione del labbro completamente perfezionata. Desault lo sperimentò nel tempo, in cui seguiva ancora la pratica, che stiamo analizzando.

Osservazione V.

Egli fu consultato un giorno per un fanciullo, che portava una deformità simile a quella rappresentata (*fig.* 1.). Una eminenza ossea, separata da una doppia fessura dell' ossa mascellari, faceva al davanti una rilevatezza, che rendeva l' operazione impossibile. La sperienza non aveva ancora illuminato Desault, il quale secondo il metodo ordinario portò via tutta la porzione ossea prominente. Da ciò risultò una grandissima fessura, che il ravvicinamento dell' ossa mascellari diminuì a poco a poco dopo l' operazione. Essa a capo di tre mesi era scomparsa, non lasciado, che una leggiera traccia della sua esistenza; ma il diametro trasversale della mascella superiore, diminuito di tutta la larghezza del bottone prominente, non corrispose più a quello della mascella inferiore; e sopravvenne, come spesso si osserva nei vecchi, l' in-

castro della prima nella seconda mascella incomodissimo per la masticazione. Questo inconveniente, evidente risultato d'una perdita di sostanza nell'ossa mascellari superiori, cambiò su questo punto la pratica di Desault, e d'allora in poi egli concepì, che se per una compressione preliminare, si potesse ristabilire il livello perduto della porzione rilevata, si avrebbe il doppio vantaggio di evitare un dolore sempre disgustoso, ed uno incomodo più fastidioso ancora.

50. L'ossa mascellari separate l'uno dall'altro, e con ciò sempre meno solidamente fissate, cedono senza pena alla forza, che le respinge all'indietro; la porzione rilevata, spesso quasi isolata, oppone poca resistenza. Desault fondato su tali considerazioni, tentò questo mezzo, che di poi gli è riuscito costantemente. Una semplice fascia passando sulla porzione da deprimersi, e ritirata fortemente al di dietro, dove veniva fissata da ciascun lato, gli bastava per questa compressione; che esso prolungava più, o meno, secondo la resistenza delle parti; e per la quale potrebbero senza dubbio essere messi in uso dei mezzi più efficaci.

OSSERVAZIONE VI. (*raccolta da Chorin*).

Maria Dehannes di anni cinque, fu rice-

vuta all'Hotel-Dieu il dì 7. Settembre 1790., per esserle fatta l'operazione d'un labbro leporino doppio, con una eminenza del bottone medio, rappresentato (*fig.* 1.), e di cui si troverà la descrizione nella spiegazione della tavola.

La masticazione era difficile, e nell'atto della deglutizione una parte degli alimenti passando nelle narici, incomodava molto l'ammalata, che la sperienza nulladimeno aveva abituata a diminuire questo inconveniente, non prendendo, che una piccolissima quantità di alimenti per volta. I suoni vocali erano assai distinti, ma il solo abito poteva rendere intelligibili le consonanti.

Per mettere il bottone al livello del labbro, e descrivere la porzione rilevata dell'ossa mascellari, si ebbe ricorso al mezzo indicato quì sopra, e che fino dal primo giorno ebbe un effetto sensibilissimo. Esso fu continuato per diciotto giorni, alla quale epoca le parti, esattamente a livello, permisero di praticare l'operazione, che nell'esecuzione non presentò niente di particolare, e che quanto alle sue conseguenze offrì una perfetta riunione il decimo giorno, ed il ravvicinamento quasi completo della volta palatina a capo d'un certo tempo. La difficoltà della deglutizione, e della pronunziazione, si dissipò unitamente alla causa, che la manteneva.

Spiegazione della presente tavola.

Fig. 1. Questa figura rappresenta il labbro leporino complicato dell'ammalata dell'Osservazione VI.

A. Porzione rilevata della mascella larga sei linee.

B. Bottone rotondo, e continuo alla punta del naso, formante la parte media del labbro.

FF. Fessura di tre linee di larghezza, separante da ciascun lato il bottone, colle porzioni corrispondenti del labbro.

CC. Angoli rotondi della divisione.

Fig. 2. Cucitura attortigliata, veduta senza la fasciatura; incrociamento in 8. di cifra, del refe passato attorno agli aghi.

PP. Punte degli aghi.

TT. Capo di essi.

Fig. 3. Fasciatura impiegata da Desault, veduta come stà applicata sulla cucitura.

CC. CC. Piccoli guancialetti fatti di pezze situati sulla ferita.

DD. DD. Cuscinetti di pezze grossi destinati a spingere le guance in avanti. (Essi in questa figura sono troppo in alto, e troppo al di dietro.

BB. Porzione della fascia unitiva, che passa sul cuscinetto delle labbra, e su quelli delle guance.

Fig. I.

Fig. II.

Fig. IV.

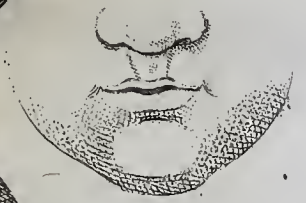


Fig. III

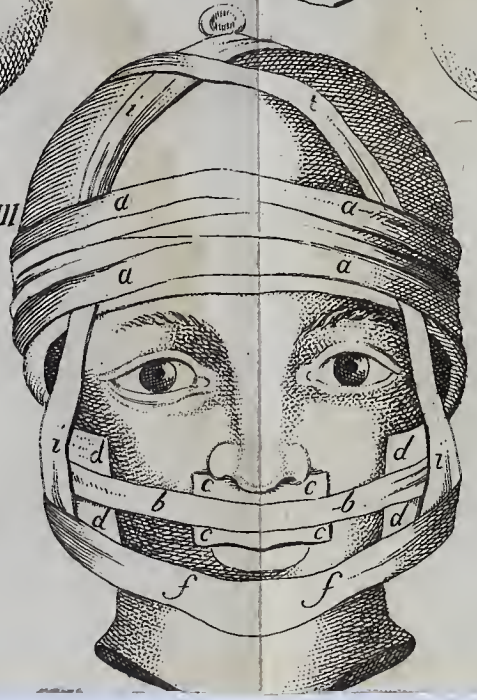


Fig. V.

Fig. VI

II. II. Fascette, che sostengono i cuscinetti delle guance.

FF. Fionda.

AA. AA. Giri di fascia, che fissa tutto l'apparato.

Fig. 4. Stato del labbro dopo la riunione.

Fig. 5., *e* 6. Forma, e grandezza differente degli aghi.

OSSERVAZIONI, E AVVERTIMENTI

Sulle malattie della bocca

§. I. *Malattie della mascella inferiore.*

OSSERVAZIONE I. (raccolta da Geignette). *Fungo alla mascella inferiore.*

FRancesca Meton di 34. anni, di un temperamento forte, e robusto, ma soggetta abitualmente a flussioni, e mali di denti, fu attaccata nel 1790. da violenti dolori di testa, che durarono per un certo tempo, in seguito si dissiparono, e vennero a fissarsi sul braccio dritto, dove furono accompagnati da un sentimento di freddo incomodo. L'uso dei bagni caldi, delle tisane diluenti, e leggiermente diaforetiche, sembrarono per due mesi calmare i dolori, che quindi tutto ad un tratto si portarono al lato destro della mascella inferiore, vi diventarono sempre fissi, e tormentarono molto l'ammalata: nel tempo stesso un tumore indolente, insensibile al tatto, si alzò al davanti del ramo di questo lato, quantunque si portassero dei continui slanci al suo centro, egli si estese a poco a po-

go al di dentro, e al di fuori. I denti quasi tutti tarlati, cominciarono a divenir vacillanti, e furono successivamente svelti, a misura, che il dolore da essi occasionato, rendeva la loro presenza insopportabile; le gengive si gonfiarono; il tumore si accrebbe, occupò la metà dell'osso, incomodò la deglutizione, l'articolazione dei suoni, rese dolorosa l'apertura della bocca; egli si aprì, lasciò sortire un poco di marcia saniosa, e divenne la sede di due fistole, una in alto, l'altra in fuori; si alzarono sui loro orificj delle carni fungose; l'osso nel medesimo tempo si cariò al di sotto, e nel mezzo del tumore; molte delle sue porzioni si distaccarono, vennero sotto la membrana interna della bocca a dare origine a dei piccoli depositi, che essendo aperti, liberarono ad essi il passaggio; il fiato diventò puzzolente, e spesso insopportabile.

Tale era dopo due mesi lo stato della malata, quando venne all'Hôtel-Dieu per consultare Desault. Sino allora alcune bevande acidulate, e l'uso esteriore dei cataplasmi, avevano formato tutto il di lei trattamento. L'esame delle parti mostrò un fungo, che si alzava sopra il lato destro della mascella, si estendeva dal luogo, che occupa l'ultimo molare, sino a quello in cui trovasi nello stato naturale, il canino, allargandosi

dal di dietro in avanti, offrendo circa a tre pollici in questa dimensione, e complicandosi colla sfacelo della porzione d'osso soggiacente, che sentivasi a nudo con uno specillo, attraverso le aperture fistolose.

L'estirpazione era in questo caso indicata sotto un doppio rapporto; 1. per portar via il tumore; 2. per estrarre le potzioni ossee morte, e favorire la formazione d'una nuova sostanza. Vi si sarebbe proceduto immantinente, senza alcune cause locali, che allora rendevano comuni le resipole, ed anche l'infezione dello spedale, che sono così funeste in seguito delle grandi operazioni: si lasciò dunque scorrere un mese, durante il quale due potzioni sfacelate si distaccarono; l'uso continuato dei cataplasmi al di fuori, i diluenti al di dentro, e per intervalli gli evacuanti, furono le preparazioni dell'ammalata, alla quale venne fatta l'operazione il 19. fruttidoro, nella maniera seguente.

I. Ella fu assisa sopra un'alta sedia, in un giorno sereno, colla testa appoggiata sul petto d'un ajuto, le di cui mani, incrociate sulla fronte, la fermavano. Desault le fece aprire moltissimo la bocca, e la mantenne in tal modo col mezzo d'un corpo situato dal lato sano tra le due mascelle.

II. Fece con il bistourì concavo sopra il

suo taglio, e fissato sopra la sua manica, una incisione semilunare, che partendo dalla branca della mascella per rendersi agl' incisivi, circoscriveva esattamente il tumore al di fuori.

III. Per isolarlo al di dentro, fu rispinta la lingua dal lato opposto; la punta dello strumento fu portata nell' angolo superiore della prima divisione, e diretta in avanti per venire a rendersi dove avea finito la prima.

IV. Mediante questa doppia incisione le parti molli trovavansi esattamente tagliate in giro. Per portar via le porzioni ossee Desault si servì dello strumento forte, e grosso, incurvato in forma di falcetta, la di cui descrizione si trova all' articolo delle malattie del seno mascellare, ed il quale portato profondamente nell' una, e l' altra incisione, secondo la direzione sua, isolò completamente il tumore.

V. Sopravvenne una emorragia considerabile; furono portati per un istante sulle parti delli stuelli di fila, per sospenderla; ritirati in seguito diedero luogo al cauterio attuale, che si fece scorrere a più riprese su tutta l' estensione della ferita, nella doppia, mira di arrestare il sangue, e di distruggere tutto ciò, che poteva esser rimasto del tumore, sull' osso, o sulle parti molli.

VI. Furono dati dei gargarismi rinfrescanti in abbondanza, per timore di un calore troppo grande nelle parti.

VII. Il voto risultante dall' estirpazione fu ripieno di fila, e si ebbe cura, che la testa della malata si trovasse situata in modo, che la saliva, ed il tracolamento della ferita scolassero per la bocca, e non cadessero nelle prime vie.

Il giorno appresso, veruni dolori; sopravvenne poco gonfiamento; apparenza di un felice successo: ma il quinto giorno, dolore di reni, diarrea; nel tempo stesso, gonfiamento delle tonsille; deglutizione incomoda: febbre; furono levate le fila dalla bocca: il sesto giorno, sintomi rimasti allo stesso grado; il settimo giorno, diarrea accresciuta; dolore fisso sviluppato al lato sinistro del petto; incomodo nella respirazione; emetico dato in molta acqua, senza alcun successo: l'ottavo giorno, febbre accresciuta; risipola su tutta la faccia: il nono giorno, brividi, sudori, debolezza generale: il decimo giorno, morte.

OSSERVAZIONE II. (raccolta da Cagnion).

Necrosi della mascella inferiore.

Francesco Grais di anni 25, fu nel mese di giugno 1792. attaccato da dolori acuti alla mascella inferiore. Un Chirurgo consultato, ruppe, volendolo svellere, il penultimo molare, ed in seguito abbandonò l'ammalato.

che d'allora in poi tormentarono dolori più vivi, e meno interrotti L'apertura spontanea di un piccolo deposito vicino al dente canino, parve dissiparli un poco; ma si rinnovarono ben presto. A traverso dell'apertura del tumore, rimasta fistolosa, si stabilì un tracolamento purulento; un enfiagione considerabile occupò tutto il lato sinistro della mascella; a capo di tre settimane si formò un nuovo deposito sul bordo dell'osso mascellare ad un pollice circa dalla punta del mento. Fu aperto collo strumento tagliente, e l'apertura rimase, come la precedente, fistolosa. Consultato di nuovo il Chirurgo prescrisse in gran copia delle applicazioni emollienti, suppurative ec., mezzi inutili: le fistole rimasero, l'enfiagione si accrebbe senza, che la pelle vi avesse parte, incomodò la masticazione, la deglutizione, e ben presto non permesse alle mascelle, che un discostamento di quasi sei linee.

Tale era lo stato di questo ammalato, quando si rese, per esservi curato, all'Hotel-Dieu. L'andamento della malattia, l'esistenza delle due fistole mantenute costantemente, la tumefazione dell'osso, senza che la pelle fosse anche essa tumefatta; lo scuotimento dei denti corrispondenti, davano già delle forti presunzioni sull'esistenza di una necrosi. Desault ne acquitò la certezza, por-

tando a traverso delle aperture uno specillo, col mezzo del quale egli intese il guasto immediatamente a nudo. Il portarlo via, incidendo le parti molli, era la via più pronta per arrivare alla guarigione; non vi era da temere verun pericolo. Desault vi si determinò, e senza preparazioni ulteriori, praticò l'operazione nella maniera seguente il terzo giorno, della sua entrata all'Hotel-Dieu.

I. Essendo l'ammalato assiso su d'una sedia un poco alta, colla testa inclinata un poco all'indietro, un ajuto separò la commessura dei labbri, mentrechè il Chirurgo fece sulle gengive con il bistouri fissato sopra il suo manico, e concavo sul di lui taglio, due incisioni semilunari, riunite ai loro angoli, e il di cui brano portato via messe a scoperto tutto il lato esterno della porzione dell'osso sfacelato.

II. I denti corrispondenti al guastamento e già mobili, come abbiamo detto, furono portati via con uno specillo di acciajo in forma di cucchiajo.

III. Le dita portate sulla porzione sfacelata, ne fecero l'estrazione con facilità, dopo che una porzione di parte molle ne fu separata dal lato interno. Essa era del volume d'una grossissima noce.

IV. Il Chirurgo portando di nuovo le dita al luogo d'onde aveva già portata via la

porzione affetta, si assicurò se ve ne fossero altre da estrarsi; una piccola fu ritirata.

V. L'operazione non era stata disturbata nè dai gridi del malato, essendone seguiti pochi dolori, nè dall' effusione del sangue, che non era scolato, che in piccola quantità. Fu dunque inutile di ammassare nella cavità ossea delle faldelle di fila, si tralasciò ogni medicatura, solo si consigliò a quest' ammalato di gargarizzarsi la bocca con una mescolanza d'acqua, e di aceto.

Il terzo giorno, la cavità risultante dall' estrazione del guastamento era diminuita quasi per metà; l' apertura della bocca divenuta molto più facile, rendeva la masticazione meno incomoda; non sopravvenne veruno accidente; solo un leggero ingorgo occupava la parte delle gote corrispondente: i giorni seguenti, il tracolamento purulento delle aperture fistolose si diseccò a poco a poco; dalla cavità ristretta sortì una marcia da principio sanguinolenta, ben presto bianchiccia, e di buona natura; i bordi si ravvicinarono; una nuova sostanza rimpiazzò la porzione delle gengive portata via; i denti vicini, che vacillavano un poco, si rassodarono; l' ammalato non fu privato, che per pochi giorni del suo regime ordinario; ben presto vi fu restuito, e un mese dopo l'operazione sortì guarito perfettamente.

§. II. *Malattie delle vie salivari.*

Osservazione II. (raccolta da Hernu). *Operazione della ranula per recisione.*

Giuliana Regley, di 24. anni, portava fin dalla sua fanciullezza sotto la lingua, un tumore molle, quasi indolente, che erasi tenuto nel medesimo stato sino al 1790. esso acquistò tutto ad un tratto un volume si considerabile, che un Chirurgo poco attento l'avrebbe preso per la lingua, che esso ricalcava in alto, e al di dietro, e di cui incomodava singolarmente i movimenti. Tale era lo stato di questa malata, quando si rese all'Hotel-Dieu nel 1791.. Fu cosa facile di riconoscere una ranula, che la sola operazione poteva efficacemente distruggere. Desault la praticò in questo modo.

I. Essendo l'ammalata assisa su d'una sedia alta, e fissata da alcuni ajuti, le si fece aprire moltissimo la bocca, e si mantenne aperta col mezzo di un corpo situato trai denti molari.

II. Il Chirurgo incise con il bistourì dal di dietro in avanti, il lato destro del tumore, lungo il frenulo della lingua.

III. Tutta la parte superiore della cistide, fu recisa con delle forbice introdotte per la

prima apertura; le pareti ne furono portate via quanto esattamente fu possibile.

IV. Una materia bianchiccia, grumosa, e di un odore insopportabile, sortì dal sacco in tal modo aperto.

V. Una leggera emorragia sopravvenuta, durante l'operazione, fu arrestata turando la ferita con fila.

Il giorno appresso, tumefazione considerabile manifestata alle gote, ed al bordo della ferita; applicazione esteriore di un cataplasma emolliente, gargarismo di acqua d'orzo e di miele rosato. I giorni seguenti, diminuzione sensibile nell'ingorgamento; suppurazione da principio saniosa, ben presto lodevole: il sesto giorno, marcia divenuta di nuovo saniosa; calore, secchezza alla pelle; disgusto, amarezza della bocca; apparato dei sintomi gastrici; bevanda emetizzata, ripetuta due volte; pronto sparimento degli accidenti; d'allora in poi, progressi rapidi della cicatrice: il quindicesimo giorno, piccola apertura rimasta solo alla parte superiore della ferita, per l'escrezione della saliva: sortita della malata ben guarita.

OSSERVAZIONE IV. (estratta dalle lezioni di Desault). *Fistola salivale del condotto di Stenone, guarita per mezzo della compressione.*

Un uomo, battendosi, fu percosso con un colpo di frammento di fiasco, che gli fece al livello dell'origine del condotto salivale, una ferita longitudinale, di un pollice, e mezzo circa profonda. Molto sangue uscì sul momento, fu arrestato da una fasciatura compressiva, e l'ammalato venne all' Hotel-Dieu lo stesso giorno. Desault nella sua visita della sera, levò l'apparecchio che si era applicato, rimpiazzò colla legatura delle piccole arterie tagliate, la compressione, che esso esercitava su di quelle, affin di evitare l'irritazione, l'infiammazione delle parti, per conseguenza la loro abbondante suppurazione, e la deformità della cicatrice, alle quali quest'ultimo mezzo di arrestare l'emorragia spesso dà luogo. In seguito fu impiegata una medicatura superficiale, ed a secco. I giorni seguenti venne rinnovata regolarmente; le legature a poco a poco cascarono, la prima il quinto giorno, l'ultima il dodicesimo giorno. A quest'epoca la cicatrice molto avanzata all'estremità delle ferite, lasciava al centro una piccola apertura, a traverso della quale sortiva un fluido seroso allorchè venivano impressi alcuni movimenti alla mascella superiore.

Si prescrisse all' ammalato di astenersi di parlare; gli furono permessi i soli alimenti liquidi: d'allora in poi cessò il tracolamento, e la cicatrice parve perfezionarsi; ma a capo di quindici giorni, essendogli stati dati alcuni alimenti solidi, il tracolamento ricominciò, sollevò una pellicola formata al centro della cicatrice, e stabilì una fistola, per la quale in vano furono messi in uso per lo spazio di un mese il costante riposo delle mascelle, e la compressione, sul condotto di Stenone. Essendo certa l'apertura di questo condotto, il solo mezzo di chiuderla consisteva nell'impedire il passaggio della saliva. Desault per giungervi più efficacemente, che pel modo compressivo sino allora adottato, ebbe ricorso alla compressione esercitata sulla glandula. Molti piumacciuoli graduati furono ammucchiati nello spazio compreso da alto a basso, tra l'orecchio, e l'angolo della mascella inferiore, dal davanti al di dietro, tra il bordo anteriore del massetere, e l'apofisi mastoidea. Vennero sostenuti con una fascia, i di cui getti perpendicolari, passando da prima sotto il mento, ed alla sommità della testa, furono incrociati da altri orizzontalmente diretti dalla fronte alla nuca. Fu interdetto ogni movimento della mascella. La fasciatura rallentata ogni giorno, era applicata di nuovo con un grado di più di costri-

zione. Questo mezzo continuato per un mese, abbassò la glandula, impedì le sue funzioni. La saliva avendo cessato di scolare per l'apertura del condotto, la fistola si serrò; una solida cicatrice occupò tutta la parte; a capo di tre mesi non ne rimaneva, che una leggiera traccia, unita ad un affossamento un poco sensibile, corrispondente al livello della glandula abbassata dalla compressione.

Osservazioni

Il metodo della compressione nel trattamento delle fistole salivali del condotto di Stenone, si divide in due modi di operare relativamente al luogo, dove questa compressione si eseguisce. In effetto vi si à ricorso; 1. nella mira di sospendere, solo per qualche tempo, il passaggio della saliva a traverso del canale, affinche il suo scolo non impedisca la cicatrizzazione; 2. impedire la secrezione nella glandula, che si abbassa, e si rende priva in tal modo per sempre delle sue funzioni. Nel primo caso, i mezzi compressivi debbono essere applicati tralla fistola, e la glandula: nel secondo, bisogna, che corrispondano alla glandula medesima. In generale quest'ultimo modo di compressione, del quale l'osservazione precedente ci offre un esempio, à dei grandi vantaggi sopra dell'al-

tro; il suo effetto è più assicurato; minori difficoltà l'accompagnano, non ne risulta verun pericolo; non temete, che per esso la saliva separata meno abbondantemente, apporti del disturbo nella digestione. La parotide del lato opposto, le altre glandule salivali suppliscono alle funzioni di quella, che si abbassa, aumentando la loro secrezione. Forse la natura può ancora far dimeno d'una parte della saliva, che umetta ordinariamente la bocca: ciò che lo prova è, che una parte viene rigettata al di fuori, quindi questo fluido occupa il luogo tra quelli, che si nominano escrementi recrementizj. Vedete altronde gli animali ai quali queste glandule vengono levate nelle nostre sperienze; la digestione si opera in conseguenza di ciò men buona in essi? Infine; la sperienza sola arbitra dei nostri modi di procedere nell'operare, è evidentemente favorevole a questo. Esso conviene esclusivamente, quando il canale è ostrutto; quando è libero, si può preliminarmente impiegare l'altro modo di compressione, e non ricorrere a questo, che quando manca di successo il primo, come accade quasi costantemente. Da ciò la pratica di Desault, il quale anche nel caso in cui era sicuro della libertà del canale, spesso à avuto ricorso subito all'abbassamento della glandula. Passiamo agli altri metodi di guarire le fistole

salivali, nei quali la chirurgia dee a lui alcuni progressi.

Osservazione V. *Fistola salivale guarita con un condotto artificiale.*

Margherita D.*** di 37. anni, portava sul tragitto del condotto di Stenone, da cinque anni, un tumore del volume di una piccola noce, forato anteriormente da un' apertura fistolosa, d'onde scolava per intervalli un fluido seroso, e limpido. Questo tumore era succeduto a un colpo di bastone ricevuto sulla guancia, dove da principio erasi manifestata una larga ecchimosi, che era sparita a poco a poco, lasciando dietro di se questo tumore con un dolore abituale. Quando l'ammalata restava qualche tempo senza esercitare grandi movimenti della mascella, si formava una crosta su l'orificio fistoloso, lo turava e cessava il traccolamento; ma si vedeva ben presto ricomparire, dacchè gli alimenti solidi erano presi in quantità maggiore del solito.

Tale era lo stato della malata, quando la stessa venne a Parigi, nel 1793., per esservi curata. Il Chirurgo al quale si diresse, incise il tumore secondo la direzione del canale, diede uscita alla materia, che conteneva, scarificò il sacco in tutta la sua estenzione, vi passò il cauterio potenziale, ed eser-

citò in seguito una compressione graduala lungo tutto il condotto. Questo modo di cura parve avere un felice risultato per alcuni giorni. Ma ben presto ricominciò il tracolamento, e precedè ancora la caduta completa dell'escara; la compressione divenne dolorosa, e l'ammalata non potè sopportarla. Allora si cercò di ristabilire il condotto naturale; fu portato uno specillo nella sua porzione, che corrispondeva alla bocca, e che essendo molto ristretta, ricusò di ammetterlo, comunque fosse sottile. Due soli mezzi dunque restavano; 1. fare la compressione, non già sul tragitto del condotto, come si era praticato sino allora, ma sulla glandula medesima, affine di abbassarla, d'impedire la secrezione della saliva; e con ciò ancora il suo scolo: 2. aprire a questo fluido un passaggio artificiale nella bocca. Desault chiamato a consulto, consigliò di tentare preliminarmente il primo modo. Venne con questa mira impiegata una fasciatura analoga a quella descritta nell'osservazione precedente; ma l'estrema sensibilità della malata, e più ancora la sua impazienza, non permisero di continuarne l'uso, che per poco tempo, e bisognò avere ricorso al secondo modo di operare, che Desault eseguì nella maniera seguente:

I. Essendo l'ammalata assisa sopra un'al-

la sedia, colla testa appoggiata al petto di un ajuto, egli introdusse nella bocca due dita della mano sinistra, che poste contro la fistola, tra la fila dei denti, e la gengiva, servirono nel tempo stesso a tendere i tegumenti, e difendere le gengive dalla punta dello strumento.

II. Prese colla mano destra un tre quarti ordinario da idrocele, armato della sua cannula, ne portò la punta in avanti dell'apertura della porzione posteriore del condotto, che il tracolamento rendeva sensibile, l'affondò in questo luogo; dirigendola un poco in avanti.

III. Un ajuto fu incaricato di fissare la cannula, mentrechè il Chirurgo ne ritirò il puntaruolo, e fe passare in seguito un filo a traverso nell'interiore della bocca.

IV. Fu ritirata la cannula. Fu attaccata al filo passato nella bocca un setone, che venne trasportato dal di dentro al di fuori, in modo da non portarlo trai bordi dell'apertura esteriore, dove passò solamente il filo, e fu in seguito fissato sulla gota da un cerotto agglutinativo.

V. La ferita esteriore fu medicata con fila, assoggettata da piumacciuoli inzuppati nell'acqua vegeto-minerale.

Il giorno appresso si era manifestato un poco di enfiagione, effetto probabile dell'ope-

razione, che per tanto non era stata tanto dolorosa. Esso si dissipò ben presto; si alzarono dalla ferita delle carni vermiglie; queste essendo troppo rilevate, furono sottomesse al cauterio. Il dodicesimo giorno, la cicatrice chiusa alla circonferenza, non lasciava nel mezzo, che un piccolo foro al passaggio del filo. Si avea la diligenza di cambiare ogni giorno il setone, ingrossandolo un poco, e colla precauzione essenziale di non portarlo trai bordi della ferita, che era anche essa ricoperta di un cerotto agglutinativo, affin d'impedire il passaggio della saliva. Era interdetto ogni movimento troppo considerabile delle mascelle. Per lungo tempo non si permisero, che degli alimenti liquidi: il trentesimo giorno, non vi era più all'esteriore, che un tracolamento appena sensibile: il quarantaquattresimo giorno, fu soppresso il setone; si lasciò ancora il filo sino al cinquantesimo giorno, epoca in cui venne levato, colla precauzione di cauterizzare la piccola apertura esteriore rimasta pel suo passaggio. Essa fu ben presto cicatrizzata, e tre mesi dopo l'operazione l'ammalata lasciò Parigi ottimamente guarita.

Osservazioni

L'apertura di un condotto artificiale è una

dei mezzi i più anticamente usati per guarire le fistole salivali. Ogni autore à amato il suo metodo di praticarla, e sonosi incontrate una folla di variazioni, o sia nello strumento impiegato a forare la gota, o sia nel corpo destinato a mantenere l'apertura. Per il primo tempo dell'operazione, ora vediamo i Chirurghi impiegare un ferro infuocato, come Saviard ce ne à conservato un esempio; ora una lesina come praticava Monro; ora un semplice bistourì, una lancetta, qualche volta un ago dritto, che trasporta dietro di se un filo; ma i tre quarti impiegato da Desault, merita in generale la preferenza, perchè la cannula rimasta nella ferita, serve dopo, che è stato ritirato il puntaruolo, a passare il filo, il quale nelle altre maniere di operare o è difficilissimo a introdursi, o necessita l'uso di diversi strumenti, che rendono complicata l'operazione.

Per il secondo tempo dell'operazione, o per mantenere l'apertura dilatata, le cannule sono state messe in uso da Duphénix, che faceva su di esse un punto di cucitura; mezzo in generale difettoso, perchè oltre l'inconveniente di un corpo solido, che esso lascia nelle parti, offre quello di non potere fissare convenientemente lo strumento, che è incessantemente esposto a sdrucciolare nella bocca. Il setone dunque, che è una spe-

cie di filtro per l'umor salivale, merita la preferenza. Monro l'aveva riconosciuto. Ma questo Chirurgo, vedendo il bene, à errato sul modo di farlo. Il setone di lui grosso ugualmente in tutta la sua estensione, passando attraverso delle due aperture interna, ed esterna, e venendo ad annodarsi sopra la guancia, era o troppo grosso per dilatare sufficientemente il condotto artificiale, ed allora allontanando i bordi della ferita esteriore, ritardava la cicatrizzazione; o troppo sottile per non procurare, che un leggero allontanamento, ed allora la dilatazione non era sufficiente. Il modo nel quale questo setone è stato collocato nella precedente osservazione, evita questo doppio inconveniente. Lo stesso non essendo al di fuori, che un semplice filo, lascia cicatrizzar la ferita, mentrechè essendo grosso al di dentro, mantiene il condotto: e quando è sufficientemente formato, quando la saliva è abituata a passare attraverso, quando un solo punto rimane a cicatrizzarsi sulle guance, non bisogna perdere ancora un lunghissimo tempo per la guarigione. In tal modo nella fistola lacrimale, secondo il modo di operare di Desault, la ferita è quasi guarita al di fuori, quando la dilatazione del canale è compiuta.

§. III. *Della recisione, e della legatura delle tonsille e dell' ugola.*

Le tonsille, come tutti gli organi vicini al di dietro della bocca, divengono frequentemente la sede dei diversi ingorgamenti variabili nella loro natura come nei loro resultati. Gli uni rapidi nel loro andamento, osservati specialmente nelle persone d'un temperamento sanguigno, nei giovani, in quelli che si danno a delle penose fatiche, portano essenzialmente il carattere inflammatorio; altri più tardivi nei loro progressi, si manifestano nei tempi umidi, e freddi, si attaccano ai temperamenti pituitosi, e partecipano più, o meno dell' affezione catarrale; altri infine ordinariamente contagiosi, passano prontamente allo stato cancrenoso, si estendono qualche volta agl' organi vicini, e quasi sempre sono più, o meno funesti all' ammalato. Quindi le diverse angine inflammatoria, catarrale, e cancrenosa. La risoluzione termina spesso le due prime, ma spesso succede loro la scirrosità della glandula tumefatta, incomoda la respirazione, e la deglutizione, e necessita la loro lagatura, o la loro recisione, che è l' unica risorsa nell' ultima specie di angina. Esaminiamo questa doppia operazione.

La recisione della tonsilla ingorgata era

praticata dagli antichi in differenti maniere; ora essi laceravano colle dita la membrana, che la ricopre, la svellevano in seguito del luogo, che occupa trai pilastri del velo dal palato; ora, quando incontravasi troppa resistenza, andavano a prenderla con uno strumento incurvato ad uncino, ed in seguito la portavano via col bistourì, che Paolo d'Egina ci dice essere concavo dal lato, che corrisponde alla lingua.

I moderni timidi lungo tempo nell'uso di questi due modi di operare, gliene sostituirono dei più crudeli. Fu proposto il cauterio attuale, ed alcuni successi ottenuti col di lui mezzo ne accreditarono l'uso per un istante: i caustici lo rimpiazzarono, ma ben presto l'inconveniente di non poterne limitare l'effetto, il pericolo della loro caduta nell'esofago, li fecero sparire da una pratica razionale. Allora fu riprodotta la recisione, che si fece ora secondo il metodo degli antichi, ora con delle forbici incurvate sul loro piano, con un bistourì incurvato ugualmente sulle sue faccie, qualche volta col mezzo delle forbici concave di Levret. All'uncino semplice degli antichi fu sostituita una molletta a doppio uncino. Ciascuno variò secondo il suo genio la scelta degli strumenti: Quest' operazione, che era semplice, e facile in un tempo, fu fatta in più. In fine oggi la ma-

niera ordinaria di praticarla, è questa: essendo l'ammalato seduto convenientemente, il chirurgo gli fa aprire grandemente la bocca, abbassa la lingua con una lamina qualunque, che in seguito affida ad un ajuto, prende un uncino, afferra la tonsilla, porta su di essa un bistourì ordinario, fissato sopra il suo manico, col mezzo d'una fascetta, che non lascia a scoperto, che la metà della lama, taglia la quantità, che dee essere estirpata (ordinariamente ciò dee essere al livello dei pilastri del velo del palato), riporta di nuovo lo strumento, se non è stato portato via tutto, e quando è compiuta l'operazione, prescrive all'ammalato di gargarizzarsi frequentemente la bocca con una bevanda appropriata.

Questa maniera di operare è semplice, e facile; essa fu per lungo tempo quella di Desault; ma gli si può applicare un rimprovero: l'estremità dello strumento portata profondamente nella bocca, può ferire alcune parti, non come si è detto, la carotide interna, che la sua situazione lontana mette al coperto, ma la membrana palatina, in un luogo differente da quello dove essa corrisponde alle tonsille; timore tanto meglio fondato, sopratutto quando lo strumento è tenuto colla mano sinistra, come allorquando si opera a destra, per che nell'istante in cui si afferra la glandula coll'

uncino, la gola tutta si solleva; uno spasimo generale sembra attaccare tutte le parti della bocca. Per evitare questo inconveniente Desault immaginò di applicare alla recisione di queste glandule uno strumento, inventato da prima per tagliare le cistidi della vessica, e del quale la tavola seguente offre la figura: è questa una lama tagliente ristretta in una guaina di argento, la quale scanalata alla sua estremità, vi riceve, e fissa la glandula da estirparsi. Gli strumenti aggiunti a questo sono per l'operazione i medesimi del caso precedente. La maniera di operare è quella, che segue.

I. Essendo l'ammalato assiso sopra un'alta sedia colla testa appoggiata sul petto d'un ajuto, il chirurgo gli fa aprir la bocca grandemente, e per mantenerla in tal modo, situa trai denti un corpo solido qualunque, che l'ajuto tien fermo.

II. La lingua viene abbassata con una lamina di metallo, che un altro ajuto ritiene.

III. Il chirurgo afferra con un uncino doppio la glandula, che tira un poco a se sollevandola, prende il kiotomo, introduce l'indice, e il dito medio negli anelli (*vv*), il pollice nell'anello (*c*), lo fa sdrucciolare su di essa, cerca di collocarla nell'eccisura rotonda (*y*), al livello del luogo dove dee corrispondere la sezione.

IV. Quando la porzione da recidersi è ristretta, la tira più a se per stenderla, preme contro essa lo strumento da basso in alto, spinge la sua lama, che attraversando l'incavatura, opera la sezione: se essa non è completa, come accade sopratutto quando il volume del tumore è considerabile, la lama vien ritirata, ed il kiotomo riportato nella ferita medesima da esso fatta, termina la sezione. Essa non è ancora compiuta? Viene reiterato un terzo tentativo.

V. Si fa lavare la bocca dell'ammalato, e gli si prescrive un gargarismo qualunque. L'operazione in tal modo praticata è ugualmente semplice, ugualmente facile, e più sicura, che nel caso precedente. Tale è la disposizione della lama del kiotomo che quando essa attraversa l'incavatura, spinge, e fissa solidamente le parti da dividersi; vantaggio che non ànno nè le forbici, nè il bistourì, innanzi ai quali queste parti fuggono, quando sono mobili. Quindi la difficoltà della loro sezione. L'introduzione dello strumento è essa difficile a basso? Ritiratelo, portatelo in alto, girando l'eccisura in senso opposto; ma in generale, la prima maniera di tagliare è preferibile, perchè la glandula divisa per meta, non può allora rovesciarsi, e minacciare una pronta soffocazione per l'obliterazione della glottide, come l'anno sperì

mentato Wiseman, e Moscati. Louis à tentato di prevenire questo inconveniente, consigliando l' uso del bistourì ordinario tal quale noi descriviamo quello del kiotomo cioè a dire col taglio diretto in alto; ma essendo più sicuro, e più facile il kiotomo, dee essere preferito: esso riunisce al vantaggio di fissare le parti molli nel tagliarle, quello di non contunderla, come la maggior parte degli strumenti di questa natura, per esempio le forbici: la disposizione obliqua della sua lama fa, che essa le divida segando.

E' questo in vero uno strumento aggiunto all' armamentario Chirurgico, ma non è applicabile esclusivamente ad un' operazione in particolare: il suo effetto si estende oltre la recisione della tonsilla a quella dell' ugola, alla sezione delle briglie dell' intestino retto, della vagina, della vescica, all' amputazione dell' escrescenze fungose, dei polipi del naso per esempio, se questo modo di portarle via fosse preferito all' estirpazione, e in generale dei differenti tumori, che nascono profondamente nelle cavità, dove i nostri strumenti portati a caso, possono interessare le parti da rispettarsi, dove la base del tumore esposta a fuggire d'avanti al bistourì, dee essere fissata mentrechè se ne opera la sezione; uso che le forbici non possono adempire senza pericolo. Il tumore da portarsi via è egli

troppo voluminoso, perchè la sua base sia contenuta nell' eccisura ? Dopo aver tagliata una porzione, ve se ne impegna un' altra, e si reitera lo stesso modo di operare sino a che la sezione sia completa. Io avrò occasione in seguito di quest' opera di esporre queste diverse applicazioni del kiotomo, ma quì si riporta quella relativa all' ugola.

Quando un' affezione qualunque à aumentato il volume di quest' appendice, a segno d' incomodare la deglutizione, di occasionare alla base della lingua un incomodo, e penoso solletico, di mettere ostacolo alla pronunziazione dei suoni, la sola risorsa dell' arte si è di portar via la sua porzione superflua : per ciò ottenere Celso raccomanda di afferrarla con delle mollette, e reciderla in seguito inferiormente, modo di operare lungo tempo in uso, rimpiazzato in seguito dalla cauterizzazione, indi dalla legatura, rinnovato ed eseguito col mezzo di diversi strumenti meccanici, che sarebbe troppo lungo quì riportare, infine riprodotto tal quale Celso l' aveva proposto, ed in tal modo adottato con, alcune correzioni da Sabatier, il quale impiega per la sezione le forbici concave di Levret: ma le loro lame ravvicinate orizzontalmente l' una contro l' altra, tagliano le parti contundendo, quale inconveniente viene evitato, come ò fatto osservare, dall' obli-

quità della lama del kiotomo L' operazione è sempre facile con quest' ultimo strumento: 1. afferrare l' ugola alla sua estremità inferiore con una molletta, tenderla, portandola in avanti; 2. impegnare quest' appendice nell' incavatura dello strumento, al livello del luogo dove dee essere fatta la sezione; 3. quando la stessa è impegnata, spingere la lama, che tagli la porzione superflua, fissandola; tali sono i dettagli del metodo operativo.

E' cosa rara, che risulti una emorragia inquieta dalla recisione delle tonsille, o dell' ugola; si manifesta solo un tracolamento utile allo sgorgamento delle parti; non impiegate nulla per arrestarlo; esso cessa ben presto; l' ammalato si gargarizza la bocca, e la consolidazione è in poco tempo perfezionata.

La legatura delle tonsille ingorgate non conviene in generale, che agli ammalati pusillanimi, che ricusano la recisione, o sui quali il timore potrebbe avere delle conseguenze funeste a quest' operazione. Questo mezzo più lungo del primo, non è men doloroso; sempre ne risulta una maggiore irritazione. Moscati avendolo un giorno adoprato, sopravvenne un dolore acuto, un' infiammazione considerabile; la difficoltà d' inghiottire, e di respirare, forzò e recidere il tumore nel luogo della legatura, a tutti gli accidenti dissiparonsi all' istante. Da un al-

tro lato, impiegando questo modo di operare, non si à quel tracolamento sanguigno, che somministra l'estremità dei vasi tagliati, e che è sì favorevole allo sgorgamento della parte. D'altronde la base del tumore essendo ordinariamente più larga della sua sommità, non permette di abbracciarla. coll'ansa del filo. La sostiene uno stretto pedicolo? è facile allora portarla via, situando questo pedicolo nell'incavatura del kiotomo, ne segue sì poco dolore, che questo mezzo è sempre preferibile. La legatura nulladimeno à avuti i suoi partigiani: Heistero la loda in certi casi; Sharp la raccomanda: molti autori l'ànno ammessa, e ànno in questo punto variato i modi di operare come il genio inventore dei loro autori. Gli uni servonsi della doppia cannula di Levret, che porta un ansa di filo d'argento, nella quale si fa entrare il tumore, e che viene in seguito serrata con un movimento di torsione, che ripetuto ogni giorno, infine vi intercetta la circolazione, e la vita, e ne occasiona la caduta. Gli altri dopo aver collocato sopra un uncino un ansa di filo di Brettagna, prendono la tonsilla, fanno sdrucciolare l'ansa lungo l'uncino sino sopra la glandula ingorgata; quale strangolano senza un mezzo proprio ad accrescere ogni giorno la costitizione. Altri per portare l'anello sul tumore

da legarsi ànno ricorso allo strumento di Belloeq: alcuni rigettano ogni strumento, e si contentano delle loro dita. Lasciamo da parte dei dettagli storici più ampj, ed osserviamo solo, che un doppio inconveniente generale è applicabile a questi differenti modi di operare. Gli uni non permettono di accrescere gradatamente questa tstessa costrizione, e sotto questo rapporto sono quasi sempre insufficienti. E' cosa rara infatti, che non sia duopo ridursi a ciò, ed allora dee essere portata sul tumore una nuova legatura. Gli altri non offrendo questo svantaggio, ànno quelli di lasciar nella bocca un corpo troppo voluminoso, che colla sua presenza incomoda, e quando si adopra un filo d'argento, come ò indicato, di essere esposti a mancare per la rottura di questo filo, rottura, che essendo spesso inevitabile nelle torsioni successive, che esso prova, necessita una nuova operazione più dolorosa della prima. Desault per ovviare a questi movimenti, aveva immaginato di applicare alla legatura delle tonsille il suo serranodo, destinato a quella dei polipi del naso, della vagina, dell'intestino retto ec., strumento, che noi descriveremo all'articolo di questa legatura, dove vi si troverà la figura di esso. Non essendo, che un semplice fusto di argento, presenta poco volume, riceve un filo

di Brettagna, che non è soggetto a rompersi, e che si ristringe col di lui mezzo ad arbitrio. Il modo di operare è il seguente.

I. Essendo l'ammalato seduto sopra un'alta sedia, colla testa rovesciata sopra il petto d'un ajuto, il chirurgo gli fa aprire grandemente la bocca, abbassa la lingua, ed afferra con un doppio uncino la glandula da legarsi.

II. Prende il serranodo, nel quale è stato passato un filo di Brettagna, in modo da formare un ansa superiormente; attacca questo anello sull'uncino, che affida ad un ajuto, e la fa sdrucciolare sin sopra la glandula, che esso abbraccia esattamente.

III. Ritira a se il filo fortemente, e nel tempo stesso spinge in avanti il serranodo, che strangola il tumore sino al grado, che giudica conveniente. In generale il primo giorno bisogna stringere poco.

IV. Essendo la costrizione sufficiente, si ritira l'uncino. Viene intrecciato il refe alla eccisura inferiore del serranodo, e s'abbandona l'ammalato.

V. Il giorno appresso la glandula è divenuta più voluminosa dell'ordinario, perchè il sangue venoso non à potuto ritornarne. Si scioglie il refe dall'estremità del serranodo; viene tirato a se per accrescere la costrizione; si intreccia nuovamente il refe,

T. V. pag. 79

Fig. 1. x

Fig. 2.

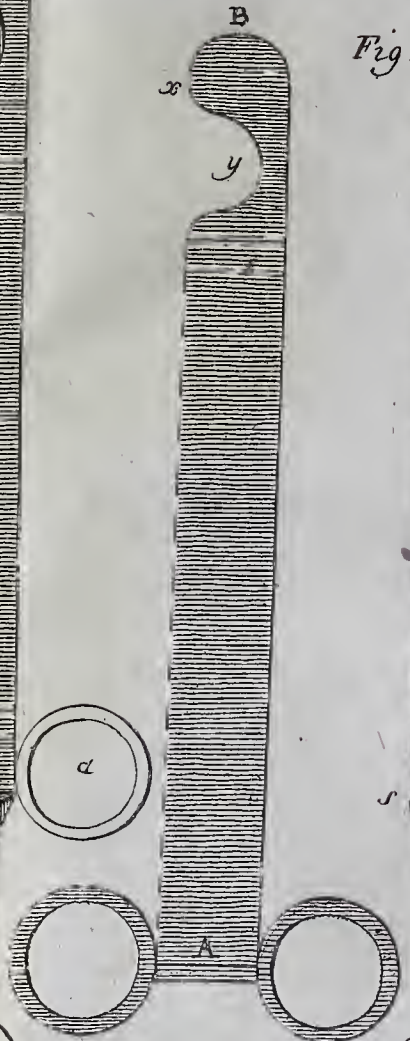
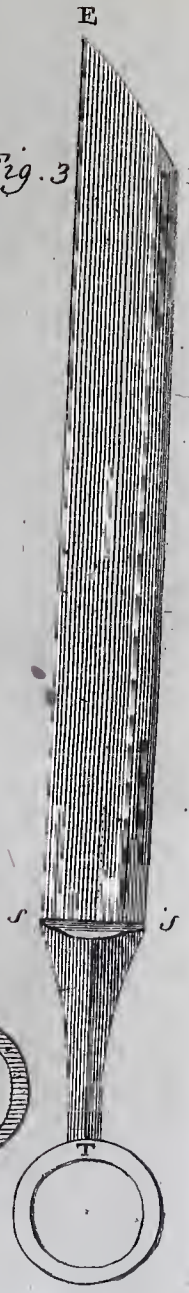


Fig. 3



quando essa è sufficiente, e così di seguito, sino alla caduta del tumore, che ordinariamente accade al quarto o quinto giorno.

Se per ritagliare la porzione superflua dell' ugola divenuta scirrosa, si preferisse la legatura alla recisione, mezzo sempre più facile, più semplice, men doloroso, e più pronto, lo stesso strumento potrebbe ancora servire; ed in questo caso la maniera d' impiegarlo sarebbe ancora la medesima. Su l' uncino, che avesse afferrato l' estremità di quest' appendice si farebbe sdrucciolare l' ansa del serranodo, che portato su di essa ne opererebbe la costrizione; la quale sarebbe ogni giorno aumentata gradatamente sino alla separazione. Questo mezzo è più semplice di quelli, che trovansi descritti in Pareo, Fabrizio Hildano, Sculteto ec, ma in generale preferite sempre, come ò detto, la recisione alla legatura, quando è possibile.

Spiegazione della seguente tavola.

Fig. 1. Kiotomo veduto nella sua integrità.
AB. Guaina d' argento, che riceve la lama.
uv. Anelli saldati alla guaina.
y. Porzione della lama veduta a nudo nell' eccisura.
ATC. Fusto di acciajo terminato da un anello, e servente di manico alla lama.

BC. Lunghezza totale dello strumento ; 9. pollici.

Fig. 2. Guaina del kiotomo veduta separata dalla lama.

xyz. Eccisura semicircolare, di nove linee di diametro.

AB. Lunghezza totale della lama, 6. pollici e 4. linee, larghezza vicino agli anelli 8. linee, vicino all'eccisura, 7. linee.

Bx. Distanza dall'estremità all'incavatura, 7. linee.

Fig. 3. Lama del Kiotomo, veduta senza la sua guaina.

Es. Ds. Lati ottusi della lama, più sottili del suo mezzo.

DE. Taglio della lama, obliquamente diretto, lungo 10. linee.

ss. Bordo rilevato per impedire la lama d'entrare troppo avanti nella guaina.

ESS. Lunghezza della lama, 18. linee.

PSS. Fusto d'acciajo terminato da un anello, sostenente la lama, la di cui larghezza è di sette linee, e mezzo vicino al fusto, di 6. vicino al taglio.

SEZIONE SECONDA

Malattie del Collo

Memoria sulla Broncotomia, e su i mezzi di rimediarvi in certi casi.

1. La vita, specie di combustione lenta del principio vitale, riceve il doppio alimento, che l'impedisce di estinguersi per mezzo di due canali sovrapposti, l'uno membranoso, e cartilaginoso, conduttore continuo d'un fluido continuamente necessario; l'altro puramente membranoso, conduttore per intervalli dei solidi, e dei liquidi, che sono le materie della digestione. La morte è il risultato certo dell'ostruzione di tutti due: ma essa nel primo essendo più pronta, domanda soccorsi più attivi. Questi soccorsi in generale consistono nello stabilire un passaggio artificiale, per supplire al difetto di quello, che è naturale. Or questo passaggio può essere di due sorti: 1. un'apertura praticata alla trachea con uno strumento tagliente; 2. l'introduzione in questo condotto di un tubo, a traverso del quale sorte l'aria. Il primo di questi mezzi universalmente impiegato, non lo è sempre nella

maniera la più favorevole; il secondo, poco conosciuto, non è appoggiato ancora, che sopra alcuni successi ottenuti da Desault negli ultimi anni della sua pratica, e da alcuni de' suoi allievi.

2. Dunque il mio oggetto in questa Memoria è quello; 1. di determinare i casi, che esigono la broncotomia, e quelli, nei quali si potrebbe supplire a quest' operazione coll' uso delle siringhe elastiche; 2. di dimostrare, supponendo indicato l' uso di queste siringhe, e la maniera d' introdurle, e la possibilità della loro presenza nella trachea; 3. d' indicare il metodo più vantaggioso di aprire il canale aereo, nel caso, in cui la broncotomia è inevitabile.

Articolo Primo

Dei casi che esigono la Broncotomia, e di quelli, ne' quali vi si può supplire coll' introduzione delle siringhe elastiche.

3. Si possono ridurre a due classi generali i casi, nei quali è stata proposta dagli Autori la broncotomia. 1. Quelli, nei quali la sola indicazione è di dar passaggio all' aria; 2. quelli nei quali si aggiunge a questa indicazione quella di estrarre un corpo qualunque dalla trachea, o dalla laringe, o solamente di metterne allo scoperto le pareti.

4. La prima classe comprende la sommersione; le differenti specie d' angine; lo sviluppo di un tumore tra l' esofago, e la trachea, o al davanti di quest' ultima, la presenza d' un corpo straniero nel primo di questi condotti, e le ferite profonde del collo: Si rapportano alla seconda l' introduzione d' un corpo straniero nelle vie aeree, sia per una ferita, sia per la glottide; lo sviluppo di certi tumori nelle medesime vie; e la carie delle cartilagini della laringe. Gettiamo uno sguardo sopra ciascuno di questi casi, non per esaminare a fondo la storia delle affezioni, che essi presentano, ma solo per considerarle sotto il rapporto dell' operazione, o dell' introduzione delle siringhe.

§. I. *Prima classe de' casi della Broncotomia.*

Sommersione.

5. Le ricerche dei moderni, in particolare di Louis, anno provato, che gli annegati non periscono, come avea avanzato Detharding, per l'abbassamento dell' epiglottide sulla glottide, il quale al certo impedirebbe ogni comunicazione dell' aria esteriore col polmone; ma che al contrario l' apertura della trachea, in essi costantemente libera, lascia penetrare nei bronchi l' acqua, che li riempie, che si mesce colla mucosità, della quale la loro membra-

na è intonacata, ed all'aria che esse ancora contengono; e si oppone con ciò alle funzioni dell'organo. D'onde segue, che la broncotomia non potrebbe in questo caso essere indicata per dare uscita all'aria, come credeva Detharding. Ma si potrebbe domandare, se ella sarebbe vantaggiosa per favorire lo scolo dell'acqua. Nò certamente; imperocchè, o l'azione del polmone, e degli organi intercostali è ancora abbastanza forte, ed allora il liquido sarà da essa espulso a traverso dell'apertura naturale costantemente aperta; o, ciò che è più ordinario, quest'azione è troppo indebolita, ed in questo caso sarebbe ugualmente insufficiente a discacciar l'acqua per una via artificiale, che per quella, che è naturale ad essa. Per altro lo stato spumoso, nel quale trovasi allora quest'acqua, il suo miscuglio coll'aria, col muco, offrirebbe un altro ostacolo, al quale si unirebbe ancora il pericolo, inutile a correrſi, dello scolo del sangue nel canale aereo.

6. Alcuni àn consigliato l'insufflamento dei differenti fluidi aeriformi, per rianimare il tuono, e la forza dei polmoni; ma è dubbioso, che ne fosse vantaggioso il resultato. Desault non à veruna sperienza su questo punto. Supponendo del resto, che si volesse tentarne gli eventi, l'apertura della trachea, preliminarmente raccomandata dagli autori per introdur-

re la cannula, sarebbe inutile, bastando sempre i naturali passaggi a traverso delle fosse nasali, come dirò (47. 53).

Angine.

7. L'angine presentano in generale una folla di varietà, relative sopratutto alla loro natura, inflammatoria, biliosa, sierosa, catarrale ec.; varietà tutte straniere al mio oggetto. Basta in questo luogo sapere, che quasi tutte sono accompagnate da una tumefazione più, o meno considerabile delle parti, che esse affettano; e di questa tumefazione, gli accrescimenti più, o meno rapidi spesso intercettano il passaggio dell'aria, e necessitano la broncotomia. Or, non sarebbe egli possibile allora di supplire a quest' operazione? Per deciderlo, rammentiamoci, che l'infiammazione può aver la sua sede, 1. nella membrana della laringe, o della trachea; il che costituisce l'augina laringea, o tracheale; 2. nelle tonsile, ne' pilastri del velo palatino, nell'uvola, nelle glandule mucose vicine, e questa specie è designata sotto il generale nome di angina gutturale.

8. Se l'infiammazione è della prima specie (7), è cosa evidente, che i passaggi, allora quasi intieramente chiusi, non potranno permettere, che con molte difficoltà, l'introduzione della cannula, la di cui presenza ac-

crescerebbe altronde l'irritazione, e l'infiammazione, e forse determinerebbe una suppurazione, che non avrebbe avuto luogo senza di essa. Desault però à ottenuto in una circostanza analoga una specie di successo, che permetterebbe di non disperare in questo caso uso di questo mezzo.

OSSERVAZIONE I. (*raccolta da Giraud*).

Desault fu chiamato un giorno dal medico della sala del Rosario, per vedervi un malato affetto da un'angina tracheale, con degli accidenti di soffocamento sì imminenti, che la broncotomia fu giudicata indispensabile, ed urgente. Si era sul punto di eseguirla quando Desault rammentandosi di avere adoprato con vantaggio in una ferita del collo le siringhe elastiche, immaginò di sperimentarne ancora l'uso in questa circostanza. Ne introdusse dunque una nel modo, che sarà indicato. Al primo istante, una tosse viva, un dolore, un incomodo considerabile; ma nel medesimo tempo una respirazione più libera, ne furono il resultato. Ben presto la tosse ed il dolore calmaronsi; la libertà della respirazione continuò. Si manifestò un miglioramento sensibile per tutta la giornata; ma la sera la febbre raddoppiò; tutti gli accidenti si accrebbero, o quantunque l'aria uscisse senza incomodo per la can-

nula, l'ammalato soccombè nella notte. Una maggior prontezza nell' adoprar questo mezzo gli avrebbe forse salvata la vita. L'apertura del cadavere offrì un ingorgamento nella membrana della laringe, e nella parte superiore della trachea.

9. Si vede, che in questo caso la siringa à procurato un miglioramento reale, malgrado il suo contatto sopra delle parti ingorgate, e infiammate, e per conseguenza d'una sensibilità accresciuta Il successo però non è stato completo abbastanza; se egli fosse stato non avrebbe avuta sufficiente forza per autorizzare i pratici a sostituire nella angina tracheale l'uso di questo mezzo alla broncotomia. D'altronde, come ò detto, se il restringimento, che l'ingorgamento produce, fosse troppo considerabile, il passaggio della siringa diverrebbe troppo malagevole, e troppo doloroso.

10. Se l'infiammazione è della seconda specie (z), ed ogni comunicazione sia quasi intieramente, o anche completamente intercettata tra la glottide che è sana, e l'apertura della bocca; se si teme, che i progressi del male, impedlscano ancora ben presto di penetrar l'aria ugualmente per le narici, il caso è più favorevole all' introduzione delle siringhe. Allora infatti, chi impedisce di tentare questa introduzione, come à proposto Desault nel suo giornale, e come poi l'a ese-

guito? Non sarebbe da temersi l' irritazione nella membrana laringea (8), poichè la medesima va esente dall' infiammazione. I passaggi, rimasti ancora aperti dietro le parti ingorgate, permetterebbero l' introduzione dello strumento. D' altronde se essa divenisse troppo malagevole per il Chirurgo, troppo dolorosa per l' ammalato, se l' infiammazione propagata alla laringe la rendesse insopportabile, e pericolosa, non rimarrebbe sempre la risorsa dell' operazione?

11. Osserviamo altronde, che questa introduzione presenta tante minori difficoltà, che per tentarla non bisogna mai aspettare, che la tumefazione sia troppo considerabile, e che la soffocazione sia prossima. Si dee alla stessa applicare ciò, che Louis à detto della broncotomia: non è questa una risorsa estrema, alla quale non bisogni avere ricorso, che quando, essendo l' ostruzione completa, ogni altra ci abbandona; ma ella è un mezzo salutare di prevenire l' ingorgamento dei polmoni, che è il resultato inevitabile d' una respirazione assai lungo tempo incomodata. Tal verità in questo punto è tanto più toccante, perchè nessun pericolo è da correrssi dalla parte del sangue diffuso, come nell' apertura della trachea; nessuna ferita rimane a guarirsi; nessuna fistola aerea a temersi.

Osservazione II.

Poco tempo dopo che Desault ebbe messo in uso per la prima volta le siringhe elastiche introdotte nella trachea, per dare uscita all' aria, un Chirurgo distinto di Tolosa, sul racconto di questa scoperta, adoprò il medesimo mezzo in un' angina scirrosa delle parti circondanti la glottide. Io mi servo dell' espressioni della sua lettera, comunicata a Desault da uno de' suoi allievi: Un giovane di 13. anni, senza vizio apparente, aveva una gran difficoltà di respirare, e si sentiva uno strido considerabile prodotto dal passaggio dell' aria a traverso della glottide. Niente compariva nel naso; la bocca non poteva essere aperta che per metà, perchè i pilastri anteriori erano induriti a guisa di corno, e callosi. Ne feci il taglio; fin d' allora la bocca fu sufficientemente aperta; veddi la base della lingua, l' uvola, le tonsile, e la sommità della laringe ristrette, indurite, coperte di tubercoli, e di escrescenze polipose. Ne portai via molte porzioni con delle legature; ma il malato non ne ritrasse verun sollievo. Il guaio principale era verso la glottide. L' osservazione di M. Desault, da voi comunicatami, mi venne in mente; credei poter fare suppurare, e rallentare i ligamenti della glottide; sodisfeci all' indicazione che presentavasi, e presi

una siringa di gomma elastica, che feci entrare nella glottide per la bocca (non potea l' ammalato sopportarla passandola per il naso). Subito che essa fu nella trachea, lo stridore, l'incomodo della respirazione, diminuirono considerabilmente, ma qualche tempo dopo, non potendo l'ammalato più respirare, si ritirò la tenta. Io veddi bene, che il corpo straniero non incomodava colla sua presenza; erano delle materie viscose, che spinte nelle aperture, opponevansi al passaggio dell'aria. Ripetei sei volte la stessa operazione, e fui convinto dalla necessità di avere una siringa più grossa, ed aperta nel suo capo, come l'indica M. Desault. Io ne ò preparata una da me, ma qualche tempo dopo una febbre intermittente, che mi sopravenne, mi fece perdere di vista il malato, che io avea sollevato molto senza dubbio, e forse guarito, poichè la presenza della siringa non l'incomodava in modo alcuno.

12. Non entrerò in alcun dettaglio su questa osservazione; non esaminerò punto, se facendo suppurare i ligamenti della glottide, si poteva rallentarli. Quel che ci interessa in questo luogo è la dimora lungo tempo continuata nelle vie aeree, senza che alcuno incomodo ne sia stato il resultato; la facilità sensibilmente maggiore, che ne à riportata la respirazione, il miglioramento reale che n' è stato l'effetto: l'Autore dice che le siringhe introdot-

te per le fosse nasali, non potevano essere sopportate dall'ammalato. Resulta il contrario da molte osservazioni di Desault.

Osservazione III.

M. A. Ina, dimorante alla strada Richelieu,. viene attaccata da una angina gutturale, effetto del passaggio subitaneo dal caldo al freddo. Tutti i sintomi si manifestano con violenza dopo il secondo giorno: l'uvola, le tonsille, i pilastri, acquistano un volume considerabile; la deglutizione diviene estremamente difficile; la respirazione penosissima: i dolori sono vivi, e si propagano sin nelle orecchie, e lungo il collo; la febbre è acuta, la sete ardente; la lingua si tumefà: Il quinto giorno, gli accidenti divengono più intensi; la tumefazione si accresce la minima goccia di liquido introdotta, ritorna in dietro per le narici, in luogo di scendere per l'esofago; la soffocazione sembra vicina. Allora vien chiamato Desault; egli prima d'ogni altro, dietro il doppio ostacolo alla deglutinazione, e alla respirazione, si propone di superare l'uno, e l'altro con una doppia cannula passata nell'esofago, e nella trachea, ma quest'ultima cannula essendo più urgente, è introdotta la prima. Sul momento una tosse

un poco viva, un leggero dolore, defaticano l'ammalato; ma la respirazione diviene libera, ed a capo d'un'ora si percepisce un miglioramento sensibile: il colore rosso della fisonomia, la tumefazione delle vene del collo divengono meno apparenti; la tosse cessa benpresto. Desault contento di questo successo, ritarda di passare una siringa nell'esofago, sperando, che il pronto sgorgamento delle parti restituirebbe benpresto all'ammalato la possibilità d'inghiottire alcune gocce di brodo, e dispenserebbe con ciò dall'aggiungere una nuova irritazione a quella già esistente. In effetto dalla sera medesima il grado dei sintomi si abbassa, e ventiquattr'ore dopo, vengono passate alcune gocce di un brodo nutritivo. Ma il giorno appresso ritorna la difficoltà del respiro, e Desault trova il malato in un incomodo estremo; sospetta delle materie viscose nella stringa, la ritira, la pulisce, l'introduce nuovamente; e questa volta la tosse è appena sensibile all'istante, in cui essa giunge nella trachea; la respirazione ritorna subito libera di bel nuovo; lo strumento viene lasciato ancora sul posto un giorno e mezzo; dopo di che, essendo divenuto inutile, viene ritirato. Il trattamento ordinario adoprato in seguito, è stato coronato dal più felice successo, ed il malato al presente gode d'una buona salute. Egli à assicurato, che i primi

momenti soltanto della presenza della siringa erano stati dolorosi.

13. Da ciò, che abbiam detto (8. 11), segue; 1. che nell'angina laringea, o tracheale, l'introduzione delle cannule elastiche, che è qualche volta possibile, è raramente indicata, e che altrimenti è preferibile la broncotomia; 2. che al contrario, nell'angina gùttturale, tonsillare ec., l'uso di qùesto mezzo basta spesso per rendere all'aria il suo passaggio ordinario, e dispensare dall'operazione.

Tumefazione della lingua.

14. Sotto il rapporto della broncotomia può riportarsi alla tumefazione delle tonsille l'enfiagione della lingua, ora effetto della puntura d'un animale velenoso, ora sintoma, o deposizione critica d'una febbre qualunque, qualche volta affezione nata spontaneamente, altre volte conseguenza dell'uso del mercurio male amministrato. La respirazione diviene allora malagevole, la tumefazione della faccia, la sua rossezza ec., annunziano tutte l'imbarazzo consecutivo della circolazione? Non si è egli ottenuto alcun successo dalle larghe, e profonde scarificazioni, sempre indicate preliminarmente? Vanno gli accidenti crescendo? Introducete allora una siringa per il naso; se temporeggiate, l'ingorgamento si

propagherà al di dietro, la lingua riempirà in parte la faringe, chiuderà la glottide, e la sola operazione sarà allora possibile. Flegel, Job-a-Merkren, Lamalle, Louis, Richter, apportano una folla di esempi di queste sorte di tumefazioni, le quali però sono raramente portate al punto da noi indicato.

Corpi stranieri nell' esofago.

15. Un corpo straniero disceso nella faringe, o nell'esofago, spinge al davanti la membrana posteriore della trachea, ristringe, e chiude ancora il diametro di questo condotto, al punto di minacciare una pronta soffocazione. Si trova nei manoscritti d'operazioni di Desault, l'esempio d'una donna, che inghiottì un osso con tanta velocità, che rimase nel mezzo della faringe. Al medesimo istante sopravvennero tutti i segni della soffocazione, ed a capo di tre minuti l'ammalata non esisteva più. Bell cita due esempi analoghi. In questo caso l'indicazione urgente si è di dare uscita all'aria, affinè di avere in seguito il tempo di agire con metodo, e precauzione, per l'estrazione dei corpi. Or quale mezzo bisogna scegliere allora? E' stata fatta la broncotomia da Habicot ad un uomo giovine, il quale per timore dei ladri avea inghiottito nove doppie involte in un pannolino. Tutti

i pratici anno seguito il suo esempio in questo caso. Ma allora non sarebbe meglio ricorrere prima d'ogni altro all'uso della cannula? Essa venendo portata nella faringe, e nella trachea al dilà dell'ostacolo, darà uscita all'aria. Si teme, che essa non possa superare quest'ostacolo? Venga introdotta vuota per maggiore facilità; quando la sua estremità sarà pervenuta al luogo, dove la trachea è compressa, si spinge uno stile di balena nel tuo tubo. Essendo allora più solida, penetrerà. Quando sarà passata, ritirate lo stile, e l'aria scapperà fuori. Questo mezzo è in questo caso tanto più vantaggioso, perchè spesso il corpo straniero caduto nell'esofago, per la sua profonda posizione necessiterebbe la tracheotomia, che è sempre un'operazione pericolosa, e che bisogna, come dirò (60. 54), costantemente evitare. Spesso ancora la profondità, in cui trovasi fissato questo corpo, è tale, che la tracheotomia sarebbe insufficiente, come la laringotomia; e che l'uso della siringa elastica rimane per sola ed unica risorsa. Questo mezzo non è punto appoggiato, nel caso di cui ci stiamo occupando, sulla sperienza di Desault, che l'avrebbe tentato, se la pratica gliene avesse offerta l'occasione.

16. Spesso è accaduto, a dei pratici anche esercitati, di credere nella laringe un corpo

introdotto nell'esofago; e reciprócamente di voler toglier via dalla laringe un corpo, che si trovava nell'esofago; mentre sono i segni di soffocazione presso a poco gli stessi. Per evitare un errore, che può avere una influenza sì grande nella cura, bisogna primieramente passare sempre una siringa nell'ultimo condotto, per assicurarsi del suo stato.

Tumori nelle vicinanze della trachea.

17. La soffocazione dovuta alla presenza d'un tumore qualunque tra l'esofago e la trachea, rientra sotto il rapporto delle indicazioni, nel caso precedente. Prima d'ogni altro, avanti di venire alla broncotomia, tentasi di superare l'ostacolo con una cannula Infatti, perchè non si avrebbe primieramente ricorso a questo mezzo come nella ritensione d'orina, per causa di un tumore, che comprime, per esempio, l'uretra, o della tumefazione della prostata, nella quale si à ricorso al cateterismo? In quest'ultimo caso andereste voi a fare la puntura della vescica, o a praticare il taglio, senza sapere, se lo strumento da evacuar l'orine non può passare al di là della prominenza interna formata dal tumore? No, senza dubbio. Perchè dunque agire su dei principj differenti in questa circostanza, in cui il caso è quasi lo stesso?

18. Le medesime indicazioni sono per gli ascessi voluminosi della laringe, o della faringe, a menoche in quest'ultima cavità si abbia in vista non solo di ristabilire un passaggio all'aria, ma ancora di evacuare la marcia, aprendo il tumore; allora preferite la broncotomia. In generale è cosa rara, che dei tumori situati innanzi agli anelli cartilaginei possano comprimere abbastanza il canale aereo, per necessitare dei mezzi artificiali propri a dare uscita all'aria; o sia perchè il difetto di resistenza anteriormente permette a questi tumori di svilupparsi da questo lato, o sia perchè la trachea, più solida in avanti, cede men presto, che al di dietro. Se però s'incontrasse questo caso, vi sarebbe la medesima indicazione, il medesimo mezzo di sodisfarvi.

Ferite del collo.

19. Le ferite della parte anteriore del collo è sembrato a molti pratici, che necessitassero la broncotomia; o sia quando la posizione inclinata, che si è obbligati di dare alla testa per riunire queste sorte di ferite, e mantenere i loro bordi in contatto, incomoda la respirazione, e minaccia ancora una pronta soffocazione; o sia quando lo stesso effetto risulta da un ingorgamento considerabile, sopravvenuto nelle loro vicinanze, come sopratutto

si osserva in seguito dei colpi d'arme da fuoco. Allora, si dice, aprendo la trachea al disotto del luogo, in cui la medesima è interessata, il chirurgo, libero da ogni timore dal lato della respirazione, può procedere ad una cura metodica. Habicat racconta, che essendo chiamato da un giovane ferito di ventidue ferite alla testa, al volto, al collo, alle mani, alle braccia, al petto, al dorso, alla verga, ed alle cosce, lo trovò in un estremo pericolo di soffogarsi, per l'ingorgamento, e per l'infiammazione sopravvenuta alla gola. Andando gli accidenti sempre crescendo, egli determinossi ad aprire la trachea al disotto della ferita, che corrispondeva alla parte superiore della laringe. All'istante la respirazione si ristabilì; fu mantenuta l'apertura sino a che l'enfiagione fu dissipata, ed a capo di tre mesi la guarigione era completa.

20. Molti autori riportano simili esempi. Or in questo caso quale merita la preferenza, la broncotomia, o l'introduzione d'una cannula elastica? L'una necessita una ferita sempre incomoda, aggiunta ad una ancora più grave; l'altra lascia le parti intatte, e non cagiona, che una irritazione momentanea: nella prima i bordi della divisione possono tumefarsi, e causare la soffocazione, non altrimenti, che la ferita superiore; non vi averun timore per questa parte nella seconda:

questa è praticabile ad ogni istante; quella è spesso ritardata da una emorragia, che è il risultaro della sezione dei vasi venosi situati in forma di plesso alla parte anteriore del collo; in maniera, ehe allora il pratico resta incerto tralla probabilità di vedere il sangue diffondersi nella trachea, ed il pericolo dell'imbarazzo mortale dei polmoni, per gli ostacoli troppo lungo tempo continuati alla respirazione. Quelli, che seguivano, nel 1794. i corsi di Desault, si ricorderanno di aver veduto un fanciullo, nella trachea del quale era caduto un seme di fagiuolo, ed in cui la prima incisione fu seguita da una effusione di sangue tale, che si fu obbligati di differire per due ore l'apertura della trachea. Il fanciullo morì in questo frattempo. Se si fosse proseguita l'operazione, il sangue caduto nelle vie aeree avrebbe soffogato forse più presto l'ammalato. Se la ferita, il di cui ravvicinamento, o ingorgamento cagiona la soffogazione, è situata troppo inferiormente, una seconda apertura è evidentemente impossibile. Al contrario l'uso delle siringhe è applicabile a tutti i casi, che possono presumersi.

21. Qualche volta si potrebbe forse rimediare all'ostacolo, che prova l'aria nel suo passaggio, introducendo una cannula trai bordi della ferita, come à praticato Habicot in un caso, nel quale una palla, dopo avere rotto

la laringe, e particolarmente la parte sinistra della cartilagine tiroide, era venuta ad uscire al disotto dell'angolo inferiore dell'omoplata. Ma l'irritazione, effetto del contatto d'un corpo straniero sulle superficie ferite, l'impossibilità della cicatrizzazione sino a tantoche esso tiene separate queste superficie (inconveniente sopratutto osservabile nelle ferite formate da uno strumento tagliente, che si riuniscono in pochi giorni, se niente vi si oppone); tutto ci obbliga a preferire l'introduzione della canula per le vie naturali.

22. Se voi aggiungete a queste differenti considerazioni l'esperienza di Desault, e i successi da lui ottenuti con quest'ultimo mezzo, non resterà alcun dubbio sulla preferenza esclusiva, che esso merita nel caso, di cui trattiamo. I chirurghi, che l'ànno adoprato dietro di lui, ànno ottenuti i medesimi resultati. Allo spedale di Lione, un soldato, che il cordoglio avea indotto a distruggersi, è stato nutrito, ed à respirato per quindici giorni, coll'ajuto di due siringhe introdotte l'una nella laringe, l'altra nell'esofago.

OSSERVAZIONE IV. (*comunicata da Giraud*).

Fu condotto il 23. giugno 1793., alla sala dei pazzi, un uomo, che in un accesso di

furore erasi tagliato la gola. La trachea era divisa nei tre quarti anteriori della sua circoferenza, ad un pollice al disotto della cartilagine cricoide. Le più vive angosce, un' eccessiva difficoltà di respirare, furono il subitaneo effetto della posizione inclinata, che si volle dare alla testa, per riunire i bordi della ferita. Allora Desault introdusse per il naso una cannula di gomma elastica, la di cui presenza nella trachea occasionò dapprimo una tosse violenta; ma essa si calmò benpresto; la respirazione divenne di nuovo libera, e senza veruno incomodo del malato si poterono mettere a contatto esatto i bordi della divisione.

L'ammalato esaminato di nuovo due ore dopo, fu trovato in stato assai buono; e la presenza dello strumento pareva poco defaticarlo: la sera, veruno incomodo nella respirazione; ma a capo di alcune ore lo riprese un nuovo accesso di furore; ruppe i legami, che lo tenean fermato, svelse le fasce della medicatura, lacerò maggiormente la sua ferita, e diede luogo ad una emorragia, che lo fece perire.

23. Non ò presenti i dettagli più curiosi d'un' altra osservazione, nella quale una ferita simile fu completamente guarita coll'uso delle cannule.

24. Qualche volta le ferite della parte an-

teriore del collo penetrano sino all'esofago, dopo avere attraversato la trachea. Gli alimenti passano nelle vie aeree; ed il malato è nel pericolo estremo d'una soffocazione; una siringa portata nell'esofago al dilà della ferita, rimedia a questo accidente, che può complicarsi coll'intercettamento dell'aria per le cause determinate di sopra (19), Allora passate una cannula per ciascuna delle narici; la prima penetri nel canale alimentare, e l'altra nella trachea i

§. II. *Seconda classe dei casi della broncotomia.*

25. Alla seconda classe dei casi, che sono sembrati di esigere la broncotomia, sì riportano la presenza d'un corpo qualunque nella trachea, o nella laringe, la carie delle sue cartilagini ec. (14). In questi casi è solamente applicabile l'apertura delle vie aeree, poichè l'indicazione è, non solo di dar passaggio all'aria, ma ancora di estrarre il corpo, che chiude questo passaggio; a meno però, che, come praticava Desault in una circostanza, non s'introduca la siringa per cambiare la posizione del corpo, e rivoltarlo in maniera, che la sua faccia appianata, la quale essendo situata orizzontalmente, chiudeva per intiero l'apertura, divenga perpendicolare, la-

sci sui lati un vuoto, per cui l'aria possa scappare, e dia in tal modo il tempo di praticare la broncotomia a proprio comodo.

26. I corpi, la presenza dei quali nella trachea può necessitare quest'operazione, nascono nell' interno di essa, o vengono dal di fuori: quindi in questa seconda classe due generi essenzialmente differenti. Si riportano all'uno le congestioni linfatiche, ed i polipi; all'altro i corpi estranei introdotti, ossia per una ferita, ossia per la glottide.

Corpi stranieri formatisi nelle vie aeree.

27. Le congestioni mucose prodotte dalle diverse infiammazioni, dalle quali può essere affetta la membrana tracheale, sono aderenti ordinariamente alle di lei pareti, qualche volta libere, e fluttuanti; esse ristringono il canale, rendono malagevole la respirazione accompagnata da raucedine, da sibilo, da incomodo, e da dolori locali; la voce debole, e fioca; la tosse abituale, seguita spesso da sputo di sangue, e dallo spurgo di stracci linfatici. Se questo spurgo non può farsi, se gli stracci non àn potuto essere rammolliti dai suffumigi, se si annunziano gli accidenti della soffocazione, allora ricorrete alla broncotomia; il di cui effetto, è vero, sarà in questo caso sempre incerto, e non può che ritardare la

morte, inevitabile per l'affezione del polmone, che si unisce quasi costantemente a quella della membrana.

28. I polipi della laringe, o della trachea, specie di escrescenza assai rara, della quale nulladimeno alcuni autori citano degli esempi, sono stati osservati da Desault due volte, una sopra un cadavere portato nel suo anfiteatro, l'altra su d'un malato, che morì di soffocamento dopo esserne stato frequentemente minacciato. Un Chirurgo di sua conoscenza gliene à comunicato un altro esempio. In tutti tre, il tumore era di figura piriforme, avendo il suo pedicciuolo inserito in uno dei ventricoli. Sensazione incomoda nella parte; respirazione in certi momenti libera, in altri incomodata; qualche volta pericolo estremo di soffogarsi, nato di subito in una espirazione: tali sono i principali fenomeni, che occasiona la presenza di questi tumori: e questi fenomeni che spiega facilmente la loro mobilità, e la facoltà che essi ànno con ciò di ubbidire all'aria che entra, o sorte dalle vie aeree. Spinti essi con troppa forza tra i bordi della glottide, vi si arrestano, fanno perire l'ammalato di soffogamento, come è accaduto nel caso osservato da Desault, se l'ispirazione, o uno sforzo dell'ammalato non li distacca prontamente. Allora la doppia indicazione della loro estirpazione, o della loro legatura, e del ristabili-

mento del passaggio dell'aria, necessita l'operazione della broncotomia: è cosa rara, infatti, che queste escrescenze rilevate nella bocca possano essere afferrate, estirpate, o legate per questa via naturale.

Corpi estranei venuti dal di fuori.

29. I corpi puntuti, che penetrano per una ferita nella trachea, non lasciano qualche volta all'esteriore, che un punto rosso, sotto il quale si sentono. Essi possono causare dei sintomi di soffocamento, e debbono essere prontamente estratti, dopo averli scoperti per mezzo d'una incisione metodica. Se essi sono ottusi, ed entrati per una gran ferita, ne saranno scacciati nell'espirazione, o se ne farà l'estrazione con degli strumenti convenienti.

30. I corpi stranieri, che s'introducono nella laringe o nella trachea, per l effetto di un attivo inghiottimento, presentano una folla di varietà relative; 1. al loro maggior diametro, che può estendersi da una sino ad undici, o dodici linee; 2. alla figura rotonda, appianata, angolosa ec.; 3. alla loro natura dura, molle, suscettibile, o no, di gonfiarsi per l'umido; 4. alla loro superficie esteriore, liscia, pulita, ineguale, piena di scabrosità ec. Queste varietà sono essenziali a conoscersi, per rapporto agli accidenti che possono sopravvenire.

31. Qualunque sieno le loro varietà, questi corpi, giunti nelle vie aeree, producono una serie di fenomeni più, o meno allarmanti, e de' quali importa conoscere l' insieme, per poter formare la loro diagnosi al letto dell'ammalato. Un uomo à messo nella sua bocca un corpo solido qualunque (30); questo corpo vi è sparito; sono sopravvenuti all' istante una tosse convulsiva con sibilo, e raucedine, un dolore locale che l'ammalato indica col dito, una difficoltà più o meno grande nell' inghiottimento, che qualche volta è dolorisissimo, una sensibile alterazione nella voce, che comunemente è fioca, e che può essere ancora completamente impedita, una grandissima difficoltà nella respirazione; ben presto la rossezza del viso, la rilevatezza degli occhi, il gonfiamento delle jugulari, e tutti i segni d'un imbarazzo considerabile nella circolazione dei vasi superiori, qualche volta un enfisema più, o meno esteso al di sopra della clavicola. L'ammalato fa dei grandi sforzi, si agita; il polso è irregolare, e intermittente.

32. Questa serie di fenomeni non ci offre che dei segni razionali. In generale è difficilissimo di procurarsene dei sensibili. Se si fa aprire la bocca il più che è possibile, la lingua si rovescia, l'epiglottide si abbassa, e niente è visibile; l' introduzione della siringa

potrebbe illuminarci di più; ma essa non è sempre comoda. Del rimanente non vi è incertezza, che quando gli assistenti non possono darci alcun segno, e che l'ammalato è fuori di stato di darne ugualmente; ed in questo medesimo caso, assicurandoci da un lato che l'esofago è libero per mezzo della siringa che vi si fa penetrare (16), riflettendo dall'altro alla natura degli accidenti esposti (31), ed alla loro subitanea invasione, la diagnostica diverrà meno spinosa.

33. Gli accidenti non seguono sempre il medesimo andamento: ora si veggono continuarsi senza interruzione al medesimo grado; ora cessare poco a poco intieramente, in seguito ritornare più intensi; ora non dissiparsi che in parte, lasciare il dolore locale, l'incomodo, la difficoltà dell'inghiottimento; in una parola strascinare l'ammalato per un cammino più o meno lungo, più o meno malagevole, ad una morte quasi sempre inevitabile, se l'arte non viene al soccorso della natura.

34. Questa differenza nell'andamento, che tengono i sintomi, appartiene specialmente alla situazione, che affetta il corpo nelle vie aeree. Esso può incontrarvisi in quattro stati differenti: 1. arrestarsi tra i bordi della glottide; 2. attaccarsi nei ventricoli della laringe; 3. essere libero ed ondeggiante nella trachea, dove ubbidisce all'ispirazione, ed espirazione; 4.

fissarsi in un punto qualunque di questo condotto.

35. Nel primo caso (34), se l'apertura della glottide è interamente chiusa, gli accidenti della soffocazione si manifestano subito, ed il malato perisce, a meno che non gli sia dato un pronto soccorso. Ma, rimangono ancora all'aria alcuni piccoli passaggi? allora tosse convulsiva; dolore locale; movimento dell'ammalato che porta il suo dito nella gola, ed altri fenomeni esposti (31). In questo caso se il corpo estraneo sporge al di dentro della bocca, affrettatevi a farne l'estrazione, o colle dita, o per mezzo delle pinzette ad anello. Ma è egli troppo internato tra i bordi della glottide? la sola broncotomia resta a tentarsi, non per dare uscita al corpo per l'apertura artificiale, ma per respingerlo nella bocca dal basso in alto, a traverso di quest'apertura.

36. Il secondo caso (34); quello cioè, in cui il corpo estraneo si attacca ai ventricoli, non accade, che quando il suo volume è poco considerabile; ed allora gli accidenti sono molto meno gravi nei primi istanti. Ma la sua presenza lungo tempo continuata alla fine può divenire funesta. Desault citava ogni anno nei suoi corsi l'osservazione seguente,

Osservazione V.

Un provenzale faceva colazione con delle ciriege. Nell'atto del pasto vien suscitata una

disputa tra lui ed un suo amico. Egli si riscalda, parla alto, continuando a mangiare, Tutto ad un tratto si sente un nocciolo attaccarsi alla glottide; soffre una tosse convulsiva, una difficoltà di respirare, un dolore vivo alla gola; non può parlare; le jugulari si gonfiano ec.

Dopo alcune ore gli accidenti si calmano, indi ritornano a differenti riprese, ma con minore intensità. A lungo andare l'ammalato si assuefà al contatto del corpo estraneo, che non è abitualmente indicato da altro, che da un sentimento d'incomodo corrispondente al late sinistro della laringe, ed esattamente al livello del ventricolo di quesro lato. In certi movimenti questo corpo uscito dal luogo, in cui è situato, viene a portarsi alla glottide, dove la tosse, la difficoltà di respirare, l'incomodo, il dolore, annunziano la sua presenza. Ma ben presto gli accidenti si dissipano, restano più, o meno lungo tempo senza ricomparire, ritornano, e cessano di bel nuovo.

L'ammalato viene in questo stato a Parigi per consultare i più abili chirurghi. Viene chiamato Desault, Egli consiglia l'operazione. Gli altri consultanti la rigettano, per le ragioni del pericolo dell'emorragia, della difficoltà di tagliare la cartilagine tiroide, della possibilità d'una fistola aerea dopo l'operazione: timori illusorj, come dirò (72), e i

quali, supponendo, che avessero qualche fondamento, debbono cedere al timore più reale degli accidenti, che sono conseguenza inevitabile della dimora lungo tempo continuata del corpo straniero nella trachea. In fatti questo ammalato è morto due anni dopo di una tisichezza laringea; e l'apertura del suo cadavere à dimostrato nel nocciolo della ciriegia la causa, che l'avea prodotta.

37. Concludiamo da questo esempio, che quantunque un corpo impegnato nei ventricoli spesso non vi causi degli accidenti, che interpolatamente; bisogna, se noi siamo sicuri della sua esistenza nelle vie aeree, se il dolore, e l'incomodo, costantemente corrispondenti ad uno dei ventricoli, ce l'indicano nel detto luogo; bisogna, dico, aprire la laringe il più presto possibile, fendendo la cartilagine tiroide, per andarne a fare l'estrazione.

38. Nel terzo caso (36), il corpo libero, e fluttuante nella trachea, ubbidisce ai movimenti d'ispirazione, ed espirazione; nell'una discende, nell'altra rimonta. I segni generali (31) manifestansi in più, o meno gran numero sui principj; il dolore è vivo; esso cambia sito in ogni momento; la tosse è frequente, spesso convulsiva, tale ancora, che in degli accessi si è veduto il corpo scappare per la glottide, ed in questo caso l'ammalato ingojandolo qualche volta, senz'av-

vedersene, si è sorpresi di vedere gli accidenti diminuire tutto ad un tratto, cessare benpresto, e non più ritornare. Ma se la sua espulsione non può farsi, se esso è liscio, e pulito, il canale si assuefa alla sua presenza; il dolore, l'incomodo, la tosse, la soffocazione, non ritornano, che interpolatamente, secondo il luogo, che esso occupa. L'opere di Louis, di Heistero, la pratica di Kau, di Bonnet, ci somministrano una folla d' esempi analoghi. Citansi degli ammalati, che ànno portato per più anni dei corpi caduti in tal modo nella laringe.

39. Sembra, che la loro gravità dovrebbe naturalmente strascinarli nei bronchi; ma è cosa rara di incontrarveli, e quasi sempre quando si apre la trachea, o la laringe, si veggono al livello dell'apertura, d'onde spesso scappano da loro medesimi essendo discacciati dall'aria.

40. Le circostanze non sono così favorevoli, se i corpi sono ineguali, e scabrosi. Allora la membrana interna è scoriata, ed irritata, qualche volta si gonfia, ristringe il canale, si applica contro il corpo, oppone come esso un ostacolo all'aria, e necessita prontamente l'operazione. Il corpo, da principio fluttuante, viene allora fissato, circostanza, che può ancora dipendere dalla sua natura molle, e spugnosa. Essendo poco voluminoso nell'entrare, si

dilata ben presto, assorbendo l'umidità, riempie tutto il tubo aereo, e sono pronti gli accidenti della soffocazione. In tutti i casi la broncotomia è l'indicazione urgente.

41. Il quarto caso (36) è quello, in cui il corpo estraneo fissato in un punto qualunque della trachea, o della laringe, vi è aderente, ossia per una punta, o per una scabrosità fissata nella sua membrana, ossia perchè vi si trova come aggiunto secondo uno dei suoi diametri. Allora il dolore occupa costantemente il medesimo posto, e l'ammalato, se non può parlare, indica il luogo col dito. Gli altri segni, che sono i medesimi di quelli esposti (31), modificansi secondo che il passaggio dell'aria è intieramente serrato, o che gli resta ancora un accesso più, o meno libero. Evitate in questo caso l'errore, nel quale cadde un giorno un chirurgo per altro istrutto. Manifestavansi tutti i segni di soffocamento in conseguenza di un cattivo inghiottimento. Si praticò la broncotomia, e non fu ritrovato niente nella trachea; si credette questo corpo estraneo nei bronchi; l'ammalato morì, e si vidde con sorpresa nell'esofago. Dunque il mezzo indicato (16) dee essere sempre impiegato preliminarmente.

42. I corpi estranei fluidi introdotti nella trachea, non esigono mai la broncotomia. A che servirebbe ella, come ò detto (5), se le

forze organiche sono insufficienti ad espellere il fluido per l'apertura naturale? Se le forze non sono troppo alterate, questa via non è essa ugualmente facile per l'uscita del fluido, come lo è un' apertura alla trachea? Questo precetto generale non potrebbe essere indebolito dall'osservazione di Virgili, il quale in un'operazione di broncotomia, nella quale il sangue cadde attraverso dell'incisione, nel canale aereo, ingrandì questa incisione, e con una situazione conveniente procurò lo scolo del sangue diffuso. Del resto le siringhe in questo caso non avrebbero un effetto più felice? il fluido mescolato alla mucosità, ed all' aria, disseminata nei bronchi, e loro ramificazioni, potrebbe egli scappare a traverso di questi tubi artificiali. D' altronde l'osservazione precedente non è ella applicabile al loro uso?

43. Lacarie delle cartilagini della laringe, succede assai comunemente alla tisichezza laringea, che la determina. Io non mi fermerò punto a questa ultima affezione, che i medici non ànno ben conosciuta, che in questi ultimi tempi, e contro la quale l'arte è quasi impotente; solo osserviamo, che il contatto della marcia altera benpresto le cartilagini, le distrugge anche in parte. Nel cadavere d'un uomo morto alla Carità la cricoide fu trovata interamente corrosa nella sua

parte posteriore; i legamenti della glottide non esistevano più. Dunque bisogna, mettendo le parti allo scoperto, procurare di prevenire i progressi del male. Praticate la broncotomia dacchè l'alterazione delle cartilagini è costante; non già perchè resti allora al pratico una grande speranza di successo, ma perchè da un lato essendo la malattia mortale, dall'altro offrendo l'operazione pochissimo pericolo per se stessa, è permesso di tentare un mezzo incerto per prevenire un resultato certamente funesto.

§. III. *Ricapitolazione generale.*

44. Dall'esame nel quale siamo entrati sui casi, che esigono la broncotomia; resulta 1. che quando non si tratta, che di dare un passaggio all'aria, l'introduzione delle siringhe elastiche per lo più può supplire all'apertura delle vie aeree, e che bisogna sempre tentare prima questa introduzione nelle circostanze indicate (10. 25), non essendo allora la broncotomia, che un'ultima risorsa; 2. che se all'indicazione di dare uscita all'aria si aggiunge quella di estrarre un corpo estraneo, l'operazione dee essere praticata esclusivamente, quando questo corpo è solido (25. 42), che al contrario essa sarebbe inutile come l'introduzione delle siringhe, se questo

è un fluido (42), che infine è una risorsa incerta, ma da non trascurarsi, nella carie delle cartilagini della laringe (43).

45. Qualunque sia dei due mezzi, che si adopri la broncotomia, o l'introduzione delle siringhe, dacchè sono indicati bisogna sempre affrettarsi a ricorrervi, quantunque gli accidenti non minaccino ancora una pronta soffocazione, come nel caso (35); a questa epoca l'effetto di un tal mezzo sarebbe quasi nullo. Il polmone ingorgato dal sangue, che non à potuto circolarvi, perde la sua azione organica, non può espellere l'aria, che vi è ancora rinchiusa, sbarazzarsi dai fluidi, che l'ingorgano, dilatarsi per riceverne dei nuovi, e l'ammalato perisce, malgrado la comunicazione ristabilita coll'aria esteriore. In tal modo muojono gli annegati, dopo avere dato segni di vita, essendo usciti dall'acqua: il polmone troppo ingorgato non può prestarsi più alla circolazione, nè alla respirazione.

46. Per prevenire questo ingorgamento del polmone, bisogna, come osserva Louis, ristabilire di buon'ora un passaggio all'aria. Alle osservazioni, che egli rapporta in appoggio di questa dottrina, io non ne aggiungerò, che una, tirata dalla pratica di Desault.

Osservazione VI.

Un fanciullo di anni 4., mangiando preci-

pitosamente, ingoja un voluminoso frammento di osso, che passa nella trachea, e produce all'istante tutti i sintomi allarmanti indicati (31). Accorrono i parenti; vien chiamato un chirurgo; nell'arrivare esso trova calmati gli accidenti, ed il fanciullo addormentato. Egli non fa alcuna ricerca. La sera l'ammalato viene svegliato all'improvviso, e ricominciano tutti i segni della soffocazione; ma benpresto cessano di bel nuovo, e non si rinnovano, che interpolatamente. Un Medico consultato prescrive una pozione contro la tosse. La giornata del dì seguente è in calma; ma la notte sopravviene una nuova invasione degli accidenti ad un grado tale, che il fanciullo era per morire quando fu portato a Desault.

La storia della sua malattia me indica benpresto la natura a questo celebre chirurgo. L'operazione diviene l'unica risorsa: ma le estremità già fredde, la difficoltà dei movimenti del petto ne fanno presagire poco successo. Desault nulladimeno la tenta sull' istanze del padre. Dall'estrazione del corpo segue un miglioramento momentaneo: il fanciullo ritorna in se; ma a capo d'un'ora si manifestano tutti i sintomi forieri della morte, che accade la sera stessa.

47. Una folla di altri esempi aggiunti a questo, potrebbero provare l'inconveniente di

un ritardo, in cui ogni minuto accresce i progressi del male, e l'impotenza dei nostri mezzi. In effetto questa è sempre in ragione inversa degli altri. Qual cosa potrebbe per altro arrestare il pratico? Il timore dell' operazione, o dell' introduzione d' una siringa? I due articoli seguenti risponderanno alle obiezioni, che potrebbero nascere da questi motivi, dimostrandoci, il primo, che la presenza delle siringhe nella trachea non è seguita da inconvenienti più gravi, che negli altri condotti; l'altro che se dei grandi pratici dei nostri giorni àn contato per poco i pericoli della tracheotomia, in comparazione di quelli, che si corrono, non praticandola, vi si dee avere con più forte ragione poco riguardo nella laringotomia, come viene praticata quasi esclusivamente oggidì, dopoche Desault ne à accreditato l'uso.

Articolo Secondo

Dell' introduzione, e del soggiorno delle siringhe elastiche nella laringe e nella trachea.

48. La sperienza à certamente stabilito nelle osservazioni I. II. III. ec. la possibilità del soggiorno delle siringhe elastiche nella trachea. Io potrei dunque dispensarmi di fon-

dare quì sul raziocinio, l'uso di questo mezzo: ma come questo punto di pratica si allontana troppo da quella volgarmente adottata, per non divenire il soggetto dei dubbj di molti, credo che non sia inutile di confermare per mezzo dell'uno ciò, che ci à dimostrato l'altro. Ma vediamo primieramente, come vi si è condotto Desault.

49. Ippocrate nel caso d' angina infiammatoria consiglia d'introdurre nella gola una cannula, per fare respirare l'ammalato, pratica, che ebbe pochi settatori tra gli antichi, che Asclepiade, e Paolo d'Egina distrussero, proponendo la broncotomia, e della quale i moderni perderono quasi la memoria, e che alcuni in questi ultimi tempi non anno rammentato, che per trovarne l' esecuzione impossibile, per rapporto all' estrema sensibilità della membrana tracheale. Desault il quale da lungo tempo sospettava questa sensibilità suscettibile di essere benpresto rintuzzata dalla presenza d'un corpo liscio, e di abituarsi con ciò a questa presenza, un giorno ne acquistò a caso la prova conveniente. Egli introduceva una siringa elastica nell'esofago d' un ammalato affetto da una ferita trasversale al collo, per far passare nello stomaco alcuni cibi liquidi. All' entrata della siringa si manifestò una tosse subitanea; l'ammalato fece degli sforzi per vomitare; fu lasciato in

riposo un poco; la calma ritornò benpresto, e durò per un'ora. A capo di questo tempo si volle injettare una piccola quantità di brodo per la siringa; all'istante ricomparve la tosse più violenta, ed anche convulsiva. Si cessò, e fu rimessa a due ore dopo l'introduzione del fluido; l'ammalato fu tranquillo per questo tempo, ma dacchè si ricominciò a far colare alcune gocce, sopravvenne una nuova tosse, nuove agitazioni, angoscia estrema. Desault sospettando allora la siringa nella laringe, avvicinò alla sua estremità la fiamma d'una candela, che l'aria la quale ne scappava fece al momento vacillare. La siringa allora ritirata, e situata nell'esofago, condusse nello stomaco, senza verun segno di dolore quasi un bicchiere di brodo.

50. Questo sbaglio, che avea durato tre ore senza nessun segno di dolore dalla parte del malato, divenne un raggio di luce, che tolse immantinente nello spirito di Desault tutte le difficoltà sulla sensibilità della membrana tracheale, che fecero ancora svanire le seguenti considerazioni.

Non vi è proprietà, che l'abito modifichi in una maniera più marcata, quanto la sensibilità delle membrane mucose. Vedete un uomo la di cui uretra riceve la candeletta per la prima volta, egli prova una sensazione dolorosa; la vescica si contrae, vuole orinare;

se essa rimane, benpresto la sua presenza non è più penosa; il giorno seguente, è appena incomoda: il terzo giorno non è più sensibile. Sia introdotto un serranodo nelle fosse nasali per legarvi un polipo; sopravviene subitanea irritazione della membrana pituitaria; solletico incomodo; stranutamento. Lo strumento viene egli lasciato in posto? Benpresto l'ammalato non se-ne avvede più. L'introduzione degli strumenti negli altri condotti mi somministrerebbe la stessa analogìa. Ma perchè ricorrervi, mentreche la trachea medesima ci presenta simili fenomeni? Che cada un corpo nella sua cavità; se esso è piccolo, liscio, pulito, fissato in un punto; vi può soggiornare lungo tempo senza produrre alcuno accidente (36). L'ammalato stesso non à il sentimento della sua esistenza. Chi non sa, che Louis fu impedito di fare la broncotomia in un caso in cui una fava introdotta nelle vie aeree, non vi produceva alcuno degli effetti enunziati (31). Tulpio, Bartholino ec., offrono simili esempi in modoche si può stabilire, come un principio certo, che i corpi estranei determinano in questo caso degli accidenti, non già per il loro contatto sulla membrana, ma sibbene per le loro scabrosità, che l'irritano, la lacerano, per l'interruzione, che apportano al passaggio dell'aria; qualche volta per la loro

azione chimica. Vedete le cannule, che l'arte fa penetrare, e mantiene, dopo la broncotomia, nella trachea; il loro uso non è affatto defaticante; gli ammalati le portano per dieci, dodici, quindici, venti giorni ancora, senza incomodo, e senza dolore.

51. Concludiamo da tutto ciò, che la sensibilità della membrana tracheale, sì sviluppa all'istante in cui un corpo al quale non è assuefatta, viene a toccarla, si diminuisce a poco a poco, e diviene nulla dacchè la presenza di questo corpo è stata per qualche tempo continuata.

52. Ma quale causa può in questo come negli altri condotti assuefare le membrane al contatto dei corpi, che gli sono estranei? Esaminate ciò, che si passa nell'uretra dove soggiorna una siringa. La membrana interna irritata dalla sua presenza, somministra in maggior quantità l'umore, che lubrica ordinariamente il canale, e che lo difende in tal modo dall'impressione del corpo. Osservasi lo stesso effetto nella trachea: io me ne sono convinto in molte sperienze sopra animali uccisi dopo aver fatto dimorare dei tubi nelle loro trachee. I bronchi erano sempre più, o meno ripieni del mucco, che li lubrica, fenomeno, che si osserva ugualmente in quelli, che muojono con un corpo estranco nella trachea. Forse ancora è questo un inconve-

niente delle siringhe, per rapporto all'irritazione, che ne può risultare, ed alla ostruzione della siringa.

53. Risulta da ciò, che la difficoltà dell' introduzione delle siringhe elastiche, dal lato della sensibilità della membrana laringea, o tracheale, è sempre nulla, e non dee punto arrestare il pratico nei casi numerosi, ne' quali abbiamo veduto questa introduzione indicata. (10. 25) Passiamo alla maniera di eseguirla.

54. La siringa in generale dee essere più flessibile di quella dell'uretra, per piegarsi meno difficilmente agli angoli, che essa sarà obbligata di fare; indicazione, che nessuna sostanza sodisfà meglio della gomma elastica. La sua lunghezza sarà doppia per accomodarsi all' estensione dei passaggi. Il suo diametro dee essere uguale a quello dei più grossi. In generale questa è una osservazione costante, che le grosse siringhe defatigano meno di quelle il di cui calibro è piccolo, a proporzione del canale, che dee riceverle. All'una delle sue estremità è attaccato un filo per fermarla alla berretta dell' ammalato; l'altra sarà perforata sui lati da due larghi occhi, ed aperta inferiormente in modo da presentare al mucco una facile uscita.

55. Per introdurla, vi si procede nel modo seguente: essendo tenuta come una penna da scrivere, viene portata con precauzione

in una delle fosse nasali, che essa attraversa senza pena, a meno che una deviazione del setto, un polipo ec. non ristringano l'apertura, ed in questo caso bisogna introdurla dal lato opposto.

56. Arrivata nelle fauci, può introdursi nella laringe, o nella faringe, si riconosce, che essa à penetrato nella prima cavità; 1. al solletico doloroso, che l'ammalato prova, alla tosse subitanea dalla quale è accecato, dalla voglia di vomitare, al sollevamento convulsivo di tutta la laringe; 2. alle vibrazioni d'una candela situata avanti l'apertura esterna della siringa; 3. alla resistenza, che si prova nel luogo della divisione dei bronchi. Al contrario se essa è introdotta nella faringe, e nell'esofago, una minore irritazione ne è l'effetto; la tosse non sopravviene punto; la fiamma d'una candela non vacilla, o almeno se alcuni flnidi aeriformi producono questo fenomeno, si vedrà benpresto cessare. Niente arresterà la siringa sino allo stomaco, e la profondità, alla quale essa penetra, ne è solo il carattere distintivo. In quest' ultimo caso, ritirate la siringa, portate più avanti la sua estremità, cercate d'impegnarla nella glottide; se non potete giungervi, introducete uno stile incurvato nel suo tubo; rivolgete a basso la sua concavità. Ella essendo più solida, potrà meglio essere

diretta verso l'apertura; un movimento in alto, impresso allora alla sua estremità esterna, diriga in senso inverso l'altra estremità, e la forzi ad avanzarsi dacchè essa è introdotta, ritirate lo stile, ritenendo la siringa; fissatela con un filo alla berretta dell'ammalato, colla precauzione di ricoprirne l'orificio con un velo, per prevenire l'introduzione dei corpuscoli fluttuanti nell'aria.

57. Viene lasciata più, o meno lungo tempo nella trachea; secondo che la causa, che ne à necessitato l'uso, e più o meno pronta a dissiparsi. Se la mucosità, più abbondante per il suo soggiorno viene a riempirla, si ritira; viene pulita, ed in seguito riposta.

Articolo Terzo

Dell' operazione della broncotomia.

58. Se il mezzo, che noi abbiamo indicato, è insufficiente, o sia per l'incomodo, che la siringa fa provare all'ammalato, o sia per la difficoltà della sua introduzione, o sia per il muco, che separato più abbondantemente, ne chiude incessantemente il canale, bisogna allora ricorrere alla broncotomia, la quale è esclusivamente indicata nei casi (25. 41., e 43), nei quali l'uso della siringa sarebbe di una risorsa evidentemente nulla.

§. I. *Doppia maniera d'operare.*

59. Quest'operazione può praticarsi in due luoghi; 1. sulla trachea; 2. sulla laringe. Nel primo caso è la tracheotomia, nel secondo la laringotomia. L'una è generalmente adottata; essa sola si trova descritta in Garengeot, Dionis, Bertrandi, Sharp, Heistero, Bell, Louis, nell'Enciclopedia ec., l'altra impiegata recentemente, non è descritta, che da alcuni autori, i quali ne ristringono troppo l'uso, e che ne troncano le maniere d'operare. Questa consiste o ad incidere trasversalmente la membrana cricotiroidea, o a fendere longitudinalmente la cartilagine tiroide; in quella, ora si pratica l'incisione tra due anelli della trachea paralellamente alla loro direzione, ora due o tre di questi anelli sono divisi in lungo. Tracciamo nel loro paralello i vantaggi, o gli inconvenienti, che debbono decidere per l'una, o per l'altra la scelta del pratico. In questo paralello si può considerarle sotto il doppio rapporto delle parti interessate dallo strumento tagliente, e dello scopo, che si propone, nell'aprire le vie aeree.

60. Dal lato delle parti interessate s'incontrano poche difficoltà nella laringotomia; la pelle, una piccola quantità di tessuto cellulare, la membrana tirocricoidea si offrono sole al bistourì. Al contrario, nella tracheo-

tomia si dee incidere la pelle, molto tessuto cellulare, quasi sempre la glandula tiroide. L'una è raramente accompagnata da emorragìa, rischiando solo di essere feriti alcuni piccoli vasi venosi, e l'arteria laringea superiore; l'altra è seguita sempre più, o meno da questo accidente, prodotto dalla reticella venosa delle tiroide, gonfiata allora più del solito, dalle arterie della tiroide, dalla tiroidea di Neubort, che qualche volta esiste. Questa circostanza è tanto più incomoda, perchè allora bisogna o fare in due tempi l'operazione, i di cui rovesci sono in ragione del ritardo, che vi si apporta (45. e 46), o esporsi alla caduta del sangue nella trachea. Nella prima, la laringe facile ad esser fissata, incidendola, non lascia il timore d'interessare ancora le parti vicine. Nella seconda, la trachea, situata profondamente, mobile, e poco resistente, scappa sotto le dita, che la tengono, o innanzi lo strumento, che vuole aprirla, e allora possono essere interessate le carotidi se vengono urtate inconsideratamente.

Osservazione VII.

Uno studente bagnandosi, cade in un precipizio, onde vien ritirato senza cognizione. Uno dei suoi camerati, per richiamarlo alla

vita, vuol fare la tracheotomia, il canale è tenuto fermo malamente; la carotide aperta, e l'ammalato perisce vittima degli azzardi d'una operazione inutile in tutti i casi, ma che praticata sulla laringe, non avrebbe avuto senza dubbio, che questo inconveniente.

61. Segue da ciò, che abbiam detto (60), che sotto il rapporto delle parti interessate, la laringotomia è sempre preferibile alla tracheotomia; è egli lo stesso sotto il rapporto dello scopo, che si propone nell'operazione?

62. Se si à in mira la semplice uscita dell'aria; che importa il punto del condotto aereo, che si apre? Le sole parti interessate debbono determinarlo. Or sotto questo rapporto, la laringotomia dovrà essere praticata (61). Se si propone, a fare l'estrazione di un corpo estraneo, vediamo, secondo i quattro stati, che abbiamo assegnati a questi corpi nella laringe, o nella trachea (34) i vantaggi dell'una, o dell'altra operazione. Quando il corpo e arrestato trai bordi della glottide (35), o nei ventricoli della laringe (36), allora la sola apertura di questa cavità può evidentemente convenire. Infatti essendo allora più accessibile ai nostri strumenti, sarà estratto con minore difficoltà.

Osservazione VIII.

Nel tempo, che Ferrand era ancora alla testa dei Chirurghi dell'Hôtel-Dieu, vi fu portato un uomo, che provava gli accidenti della soffocazione imminente, effetto del passaggio d'una pietra nelle vie aeree. Fu praticata la tracheotomia, ma non sortì, che del sangue, e per qualche tempo del muco dalla trachea. L'ammalato morì, e si trovò una pietra triangolare, i due angoli della quale erano situati nei ventricoli, ed il terzo sortiva dalla glottide: la laringotomia avrebbe salvata senza dubbio la vita di questo infelice. Il pezzo venne presentato all'Accademia di chirurgia.

63. Al contrario il corpo si trova egli nella trachea? Sabatier consiglia d'incidere il condotto. Ma una delle due: o esso sarà libero, e fluttuante (38), ed in questo caso situato quasi sempre alla parte superiore del condotto (39), indica evidentemente di praticare l'incisione della laringe o sarà fissato in una delle sue parti; allora prolungate a basso questa incisione, comprendendovi la cartilagine cricoide, e ciò basterà per farne l'estrazione col mezzo delle forbici incurvate. Se la carie delle cartilagini della laringe, à determinata l'operazione (63), è necessaria la laringotomia.

64. Risulta da ciò, che sotto il rapporto, che si propone, la laringotomia è sempre ugualmente favorevole, e comunemente più vantaggiosa della tracheotomia. Ora ò dimostrato, che essa è preferibile sotto il rapporto delle parti da incidersi (61); si deve dunque in tutti i casi avervi esclusivamente ricorso. Un tumore situato profondamente tralla trachea, e l'esofago; un corpo molto infossato nell'ultimo condotto; una ferita trasversale, sembrano fare eccezione a questa regola; ma come le siringhe elastiche offrono in questo caso una risorsa sicura, e meno pericolosa, queste eccezioni svaniscono.

§ II. *Metodo operativo.*

65. Passiamo alla maniera di praticare l'operazione. Trovandosi la tracheotomia descritta per tutto negli autori, mi occuperò solamente della laringotomia.

66. La situazione dell'ammalato non è sempre facile a determinarsi. Essendo incomodato, respirando appena in alcune posizioni, meno defaticato in altre, dee sempre essere collocato in queste. In generale non bisogna, che il collo sia troppo orizzontale; il sangue allora non potendo sgorgare, che difficilmente, caderebbe nella ferita; se esso è troppo perpendicolare, ne resulterà un grande incomodo. Lo stato di mezzo è preferibile. La te-

sta sarà appoggiata, il petto coperto di pannilini; le membra saranno mantenute da alcuni ajuti.

Caso in cui bisogna dare uscita all'aria.

67. Se l'indicazione non è che di dare un passaggio all'aria, basta l'incisione trasversale della membrana crico-tiroidea, ed in questi casi, un bistourì ordinario, una cannula d'argento piatta, un pollice lunga, portante sui lati due anelli fasciati di nastri, aperta alle sue due estremità, e perforata da due occhi lateralmente ad una delle sue estremità, affinchè se essa è portata contro la parete opposta della trachea, il passaggio dell'aria non sia impedito; in mancanza di questa cannula, un tubo di penna tagliata a punta da un lato, portando dall'altro dei fili destinati a fermarlo; un pezzo di velo, per prevenire l'introduzione dei corpuscoli nel tubo artificiale; delle fila; dei piumacciuoli; tali sono gli strumenti necessarj all'operazione.

68. Essendo tutto disposto:

I. Il chirurgo posto innanzi all'ammalato cerca l'intervallo, che separa le cartilagini tiroide, e cricoide, ferma la laringe col pollice, situato lateralmente il dito del mezzo, e l'indice, che dee corrispondere alla parte superiore di questa cavità, e tende così nel medesimo tempo la pelle trasversalmente, e paralellamente all'incisione.

II. La pelle, il tessuto cellulare vengono incisi in un sol tempo per lo spazio d'un pollice, dalla parte inferiore della cartilagine tiroide sino alla cricoide, trai platisma-mioideo i sterno-riroidei, ed i joidei.

III. Il pollice, e l'indice separano i bordi della divisione, mentreche l'unchia dell'indice situata sulla membrana, serve di guida al bistourì, che vi sarà affondato più inferiormente, che superiormente, affine di evitare un ramo arterioso, che costeggia quasi costantemente il bordo inferiore della cartilagine tiroide. Lo strumento ritirato in seguito, premendo un poco, ingrandisce l'incisione. Se fosse aperta un'arteria, vi si rimedierebbe o sia con una legatura applicata all'istante, o sia col bottone infocato.

IV. La cannula, o il cannello di penna sono introdotti trai bordi separati della divisione, infossati sufficientemente, fissati in seguito attorno del collo con una fascia.

V. Si ricoprono di fila i due angoli della ferita, e col pezzo di velo l'estremità della cannula, la quale è abbracciata ugualmente da un guancialetto finestrato nella sua parte media. Il tutto è mantenuto con una fasciatura circolare.

69. In tutto il tempo, che dura l'ostacolo all'uscita dell'aria, la cannula è costantemente mantenuta nella trachea, colla precauzio-

ne di esaminare spesso, se il muco non la riempie, di ritirarla nel caso, che ciò accada, di pulirla, per introdurla in seguito di nuovo. Se l'estremità interna, non perforata d' occhi, e appoggiata contro la parete opposta del canale, non può lasciar libero il passaggio all'aria, viene ritirata, e fissata meno profondamente.

70. Per abbreviare l'operazione, si raccomanda l'uso del broncotomo, spece di trequarti differentemente figurato, ordinariamente piatto, proposto prima d' ogni altro da Deckers, o Santorio, adottato da Dionis, Verduc, perfezionato da Bauchot, Richter ec.... Ma viene attribuito a questo strumento un inconveniente. La cannula, e la lama essendo troppo larga, sono d'una difficile introduzione. La cannula troppo schiacciata, si riempie benpresto di mucosità, e l'aria non può sortire. D' altronde, perchè aggiungere un nuovo strumento complicato laddove può bastare il semplice bistourì? La semplicità d'una operazione è la misura della perfezione di essa. L' impiego del broncotomo nella tracheotomìa potrebbe essere giustificato dal timore dell'emorragìa, ma questo timore è illusorio nell' operazione, che noi proponghiamo.

Caso in cui bisogna estrarre un corpo estraneo

71. La laringotomia è differente, nel caso

nel quale deo estrarsi un corpo estraneo dalle vie acree, un bistourì, una siringa scannellata, una molletta ad anello retta, un'altra incurvata, compongono l'apparato degli strumenti. La cannula non è utile, che nel caso di polipo, o di carie alle cartilagini della laringe.

72. Essendo tutto disposto:

I. Il chirurgo, nella stessa situazione, che nel caso precedente (I.) ferma la laringe, come è stato detto (III.), tende gl'integumenti, che incide nel tempo stesso col tessuto cellulare, indi la parte superiore della cartilagine tiroide sino alla base della cricoide.

II. Essendo separati i bordi della divisione col dito pollice, e col medio, egli cerca coll'indice la membrana cricotiroidea, situa trasversalmente l'unchia, che serve di guida al bistourì, il quale tenuto come una penna da scrivere, serve ad aprire questa membrana.

III. A traverso dell'apertura, che allora è inutile ingrandire, viene introdotta la siringa, scannelleta, in manierache la scannellatura corrisponda anteriormente, e che la sua estremità sia spinta sino alla parte superiore della laringe.

IV. Mentrechè un ajuto separa i bordi della divisione, il bistourì portato lungo la scannellatura fenderà la cartilagine in tur-

ta la sua estensione lungo l'angolo rilevato, che forma anteriormente.

V. Trai suoi bordi divisi il chirurgo porta le forbici ad anello rette, affine di separarli; ed all'istante, se il corpo è libero, sorte essendo spinto dall'aria, che esce dalla trachea.

VI. Ritenuto in una parte qualunque del canale, dee essere estratto con delle forbici incurvate, e la curvatura delle quali sarà diretta in alto, o in basso, secondo il luogo, che lo stesso occupa.

VII. E' egli fissato trai bordi della glottide? E più facile di respingerlo in alto, affinchè l'ammalato lo renda per la bocca.

VIII. Infossato troppo avanti nella trachea, non può spesso essere estratto, che fendendo la cartilagine cricoide, col mezzo della siringa scannellata, e del bistouri; sezione in nessun modo pericolosa, e che basta sempre allo scopo, che si propone.

IX. Dee estrarsi un polipo? Dopo la sezione della cartilagine viene esso sradicato con le forbici per mezzo di movimenti di torsione.

X. La carie messa a scoperto per l'apertura della laringe, è trattata con i mezzi ordinarj.

XI. Nel caso di corpi estranei, la ferita è riunita immediatamente, a menoche il sangue introdotto nella trachea, vi necessiti un'apertura per dagli uscita. Ma nel caso di polipo,

e di carie, resta una cunnula trai bordi della ferita, per timore, che la membrana laringea ingorgata per le distrazioni sofferte, non ostruisca il passaggio dell'aria, e nel tempo stesso per dare uscita alla marcia, che senza dubbio si formerà.

73. Questa maniera d'operare semplice, e facile, per l'estrazione dei corpi estranei dalla trachea, merita evidentemente la preferenza sulla sezione longitudinale degli anelli di questo condotto, che tutti gli autori raccomandano. L'apertura sempre grande abbastanza, non oppone mai ostacolo all'uscita di questi corpi. Nessun pericolo è da correrssi; vi sono forse alcune difficoltà nei vecchi, nei quali la cartilagine tiroide e spesso in parte ossificata. Questo è ancora uno dei rimproveri fatti a questo metodo. Ma allora un bistourì meno affilato, della tempera di quelli, che nell'amputazione, servono a tagliare il periostio, vincerà sempre la resistenza; ed in tutti i casi, questo modo d'operazione potrà essere impiegato. Si è temuta la non-riunione della cartilagine, e per conseguenza, il passaggio abituale dell'aria trai suoi bordi: ma chi non sa, che se nelle cartilagini, la cicatrizzazione è men pronta, che negli altri organi, essa vi si opera non di meno? D'altronde in questo caso ella sarà secondata dal contatto esatto dei bordi dell'apertura, che l'elasticità della parte forza a ravvicinarsi.

MEMORIA

Sopra i mezzi di alimentare gli ammalati, nei quali la deglutizione è impedita.

§. I. *Dei casi nei quali è impedita la deglutizione.*

1. I cibi prima di arrivare allo stomaco, attraversano una riunione di cavità costantemente libere nello stato naturale, ma che qualche volta ostrutte necessitano dei mezzi artificiali per supplire alla funzione importante che esse allora non potrebbero sodisfare. Una folla di cause possono produrre la di loro ostruzione. Le une, che sono il resultato dell'azione dei corpi esterni comprendono le differenti ferite taglienti, o contundenti, che ànno interessato le vie alimentari; le altre, prodotti d'affezioni interne, contengono i tumori diversi, che si sviluppano in questi passaggi, la paralisi, la convulsione dei muscoli, che vi s'incontrano ec., esaminiamo l'una, e l'altra spece di cause.

2. La maggior parte di quelli, che vogliono attentare alla loro vita, sono nella per-

suasione di darsi una morte pronta, e certa, tirandosi un colpo d'arme da fuoco nella bocca. La sperienza nulla dimeno delude per lo più il di loro attentato. Seguono invero dal colpo delle enormi lacerazioni, ma l' ammalato sopravvive; e se egli è vittima, non lo è che a capo d'un certo tempo. Or una delle cause, che può allora farlo perire, è l'impossibilità della deglutizione. Le parti molli della bocca, contuse, lacerate, si gonfiano, si tumefanno, e chiudono ogni passaggio agli alimenti. Nel 1789., Desault fu chiamato presso un giovane, il quale in seguito d'un colpo di pistola carica di tre palle, avea avuta una parte della lingua portata via, la mascella fratturata, e fracassata la volta del palato. Benpresto sopravvenne una tumefazione considerabile; il terzo giorno era interdetto ogni accesso al di dentro dello stomaco, e senza il soccorso d'una siringa elastica la morte sarebbe stata inevitabile. L'ammalato guarì perfettamente a capo di poco tempo coll' uso di questo mezzo. Sonosi incontrati molti esempi simili nella pratica di Desault. Se in queste specie di ferite l'ingorgamento non è un ostacolo all'inghiottimento, la paralisi dei muscoli della faringe, effetto della commozione, che i medesimi ànno provata per la violenza della percossa, può incomodarla, o anche impedirla.

3. Le ferite del collo, effetti degli strumenti taglienti, e che penetrano al disopra dell'osso iroide, tra esso, e la cartilagine tiroide, o anche al disotto della laringe, possono interessare le pareti della faringe, dopo avere attraversati gli organi situati anteriormente, complicarsi coll ingorgamento, e sotto questo rapporto produrre il medesimo ostacolo, che nel caso precedente; oppure ancora, se questo accidente non à luogo, aprire il passaggio agli alimenti, che cadono nella laringe, e nella trachea, ed occasionano la tosse e, la soffogazione, nel tempo stesso, che, non giungendo allo stomaco, danno luogo ad un indebolimento benpresto mortale per l'ammalato.

4. Nella seconda classe degli ostacoli alla deglutizione si collocano; 1. la tumefazione contro natura delle glandole tonsille, ora effetto d'un' affezione acuta, ora risultato d'un ingorgamento cronico, tumefazione, che giunta al suo ultimo periodo, esige sempre primieramente l'impiego dei mezzi, che andiamo ad esporre prima di ricorrere a quelli descritti in una delle memorie precedenti. 2. L'enfiagione della lingua, portata al punto di non lasciar niente penetrare nella parte posteriore della bocca 3. I tumori situati lungo l'esofago, e che esercitano su di esso una funesta compressione; tali sono, per esempio,

certi depositi, che si formano tra questo condotto, e la trachea. Nel 1788. venne un uomo all' Hôtel-Dieu, il quale in seguito d' un' angina portava una collezione purulenta considerabile, tralle pareti della faringe. Da due giorni non era potuto giungere alle prime vie alcun alimento di veruna sorte nè solido, nè fluido; il tumore rilevato nella posterior parte della bocca, vi difficoltava ancora la respirazione. Desault cominciò dall' introduzione di una cannula elastica nell' esofago, fece passare a traverso alcuni brodi, il giorno appresso diede uscita alla marcia con una incisione conveniente; e la guarigione fu completa a capo di quindici giorni; 4. l' infiammazione degli organi della faringe, che in questo luogo agisce, o sia aumentando il volume delle parti, e con ciò chiudendo i passaggi, o sia sopratutto impedendo la contrazione dei muscoli: così si vede, che la vescica infiammata non può contrarsi per espellere le urine; così il braccio non può essere alzato, quando il deltoide diviene la sede d' una infiammazione; 5. Il tetano, specie d' affezione nella quale i muscoli masseteri violentemente contratti spesso non permettono il più leggero discostamento delle mascelle; 6. la contrazione spasmodica dei muscoli del di dietro della bocca, contrazione che ristringe talmente questa cavità, che è inter-

detto ogni passaggio agli alimenti. 7. L'atonia dei medesimi muscoli, stato nel quale il bolo alimentare non essendo spinto da veruna forza, non può discendere nello stomaco

§. II. *Dei mezzi di supplire alla deglutizione impedita da una delle cause precedenti.*

5. La morte è il resultato inevitabile degli ostacoli precedenti (1.4) troppo lungo tempo continuati. L'arte dunque se non può distruggerli bastantemente presto, dee ricorrere a dei mezzi palliativi, per sostenere la vita nel tempo stesso, che oppone alle cause che la minacciano dei soccorsi metodici. Or questi mezzi sono di due sorti, 1. i lavativi nutrienti; 2. l'introduzione degli alimenti fluidi a traverso delle narici, o della bocca, con de' mezzi artificiali.

6. L'inutilità dei lavativi nutrienti oggi è confessata generalmente. Gli assorbenti lattei essendo più rari a misura che si avanza verso la parte inferiore del condotto intestinale, non potrebbero prendervi che una porzione dei fluidi injettati, insufficiente alla nutrizione, e l'ammalato perirebbe ben presto, se non fosse sostenuto che da essi.

7. L'introduzione degli alimenti fluidi per la bocca è quasi sempre contraindicata, qua-

lunque sia il mezzo artificiale che s'impiega per trasmetterli. Infatti, nel caso del quale ci occupiamo gli organi di questa cavità sono ordinariamente la sede dell'ostacolo che sarebbe o pericoloso, o impossibile di superare: Quindi non potrebbesi scegliere questa via nel gonfiamento della lingua, delle tonsille, del velo del palato, nelle piaghe d'arme da fuoco, della bocca ec. Non sarebbe possibile servirsene che nelle piaghe della parte inferiore del collo, ne' tumori situati lungo l'esofago.

8. Le narici offrono in generale una strada più facile. Essendo esse quasi sempre libere, possono trasmettere gli alimenti fluidi nella faringe ordinariamente rimasta libera anche essa dietro l'ostacolo, per esempio dietro l'ingorgamento della lingua, o delle amiddale. Questa osservazione non è sfuggita ad un medico celebre dal cominciamento di questo secolo, il quale in molte sperienze tentò di fare giungere allo stomaco differenti liquidi, versandoli immediatamente nelle narici. Ma il successo non corrispose alla di lui aspettazione. I liquidi cadevano piuttosto nella laringe che nell'esofago; la soffocazione ne era il resultato; e questo metodo ingegnoso, al quale dipoi tanti malati ànno dovuta la loro vita, fù per molti mortale all'epoca, in cui fu proposto.

9 Noi dobbiamo ad un chirurgo d'Arras la vantaggiosa modificazione, che rendendolo più facile, l'à reso meno pericoloso. Invece di far passare i liquidi per la faringe, per giungere all'esofago, egli propose di trasmetterli immediatamente in questo condotto, col mezzo d'un tubo incurvato introdotto da una delle narici, affine di evitare con ciò la loro caduta nella glottide, che è tanto più facile, perchè l'epiglottide non è punto abbassata all'istante dell'inghiottimento, come nello stato naturale; idea felice, che non era stata realizzata prima di Desault, che rare volte, ma che riprodotta, e corretta da questo gran maestro, presentata sotto nuove forme, è divenuta un metodo sicuro, facile, e consacrato dalla sperienza, arbitro invariabile de' nostri mezzi.

10. Le siringhe elastiche, a vicenda flessibili, quando sono vote, e solide, quando lo stile le riempie, offrono in questo, come in una folla di altri casi, dei grandi vantaggi sotto questo doppio rapporto. Le medesime essendo solide, sono facilmente introdotte; essendo flessibili, non incomodano punto colla loro presenza. Desault le adoprava costantemente: la loro lunghezza era proporzionata all'estensione dei passaggi, che esse doveano percorrere, il loro diametro, uguale a quello delle più grosse dell'uretra. La maniera d'operare la loro introduzione è la seguente.

11. I. Essendo l'ammalato situato convenientemente, colla testa rovesciata al di dietro, il chirurgo prende come una penna da scrivere la siringa armata d'uno stile incuvato, come in quello delle siringhe scannellate ordinarie dell'uretra, l'introduce, rivolgendo a basso la sua concavità per una delle narici, la spinge lentamente, la ritira, quando un ostacolo l'arresta, la spinge di nuovo sino a che sia pervenuta alla parte media della faringe.

II. Ritira lo stile con una mano, mentre, che con un movimento opposto spinge coll'altra la siringa più a basso, ed in maniera da farla penetrare nell'estremità superiore dell esofago, ed anche d'impegnarla molto avanti in questo condotto.

III. Essa in luogo di penetrarvi, spesso s'introduce nella laringe: deviazione, che indicano la difficoltà di profondarla più innanzi, una spece di sgorgamento particolare, l'agitazione della fiamma d'una candela esposta al suo orifizio, il dolore, e la tosse, che prova l'ammalato, il quale però qualche volta pare incomodato appena, e giammai quanto gli autori ce l'ànno detto, in queste spece di casi Ritirate allora lo strumento, e tentate di nuovo di farlo arrivare nelle vie alimentari Qualche volta non vi si riesce, che dietro molti tentativi.

IV. Quando si è sicuri, che essa è impegnata, viene fissata all' esteriore con un filo, che ne abbraccia l' estremità con molti giri circolari, e i due capi del quale sono attortigliati su degli spilli attaccati da ciascun lato alla berretta dell' ammalato.

V. Il chirurgo carica una siringa simile a quella usata nel taglio della pietra, con del brodo nutritivo, adatta il tubo all' orificio della cannula, injetta da principio una piccola quantità, per timore, che l' estremità non sia impegnata nella glottide, e sicuro in seguito, per l' assenza dei segni esposti (III.), che non vi si trova, finisce di spingere il fluido:

12. La cannula rimasta in posto, serve a nutrire l' ammalato in tutto il tempo, che dura l' ostacolo all' inghiottimento. In quelli nei quali Desault à avuta occasione d' impiegar questo mezzo in seguito delle lacerazioni occasionate dalle ferite d' arme da fuoco, à osservato, che il bisogno di prendere degli alimenti non era indicato dal sentimento comune della fame, e della sete, ma da un sentimento particolare di debolezza, e di stiramento, manifestatosi nella regione epigastrica, ed al quale succede subitamente un ben' essere distinto, quando ànno sodisfatto a questo bisogno.

§. III. *Dell' applicazione del metodo precedente alla pratica.*

13. Appoggiamo sulla sperienza il metodo', che abbiamo proposto negli ostacoli diversi dell' inghiottimento. E' stata già pubblicata una interessante osservazione su questo punto nel giornale di chirurgia. Io ve ne aggiungerò alcune estratte da una tesi sostenuta il dì 30. giugno 1787., alle scuole di chirurgia, e raccolte all'Hotel-Dieu sotto Desault dall'autore di questa tesi.

Osservazione I.

Il 29. gennajo 1785. fu portato all'Hotel-Dieu un uomo, il quale in un accesso di disperazione si era fatta una profonda ferita alla parte anteriore del collo con un rasojo. La separazione dei bordi era enorme; quando rovesciavasi la testa al di dietro, vi si sarebbe potuto nascondere il pugno. Al contrario abbassandola, i bordi mettevansi a contatto; ma allora l' inghiottimento diveniva impossibile. Bisognava dunque supplirvi con un mezzo artificiale, per dare alla ferita il tempo di riunirsi. Desault scelse quello, che noi abbiamo poco prima indicato, e col soccorso di esso nutrì colla massima facilità l'ammalato per dieci giorni. Già manifestavasi una ben

fondata speranza di guarigione, quando questo sempre agitato dalla sua disperazione, una notte strappò tutto il suo apparato, stracciò i bordi della ferita, rinnovò l'emorragia, e malgrado i pronti soccorsi, che gli si apportarono, morì il giorno appresso.

14. Quantunque il resultato di questa osservazione sia stato funesto, essa non prova meno i vantaggi delle cannule elastiche, per sostenere la vita, che senza di esse o si sarebbe estinta il secondo, o il terzo giorno, dell'accidente, o se avesse resistito, avrebbe lasciata all'ammalato una enorme ferita da riunirsi per seconda intenzione, alla parte anteriore del collo.

Osservazione II.

Il 21. aprile 1786. fu condotto all'Hotel-Dieu un giovane, il quale avea nella bocca, e nella faringe una lacerazione considerabile, effetto di un colpo di pistola, che esso erasi tirato il giorno innanzi. Cominciava già a manifestarsi un gonfiamento sensibile; la respirazione, e la pronunziazione dei suoni erano incomodate. S'impiegarono inutilmente i salassi, i cataplasmi, i gargarismi. Il giorno appresso, non poteva essere trasmessa nello stomaco la minima goccia di fluido. Si passò per una delle narici una siringa elastica, che

rimasta in posto, servì a trasmettere a quest' organo dei brodi, che vi s' injettavano regolarmente ogni giorno: il sesto giorno, gli accidenti essendosi un poco calmati, ne fu soppresso l' uso, e l' ammalato potè far passare gli alimenti per la via ordinaria. D' allora in poi il miglioramento fu gradatamente più sensibile, ed a capo di poco tempo l' ammalato, che senza l' impiego della siringa sarebbe stato la vittima del suo furore, uscì ben guarito.

Osservazione III.

Nel mese d' aprile 1786. un ammalato collocato nella sala san Carlo, ed affetto da una febbre putrida, fu preso tutto ad un tratto da una tale difficoltà d' inghiottire, che niente potea giungere allo stomaco. L' infermiere temendo, che non avesse mangiato qualche cosa troppo voluminosa, andò a cercare il chirurgo della sala, il quale non iscoprendo niente nella faringe, volle dare a bere all' ammalato alcuni fluidi; essi ritornarono indietro subito per le narici, e non entrò neppure una goccia; indizio probabile dell' affezione dei muscoli della faringe, che la malattia avea momentaneamente paralizzati. Chiamato Desault presso questo ammalato, ebbe ricorso immantinente al mezzo da noi indicato; esso permise facilmente il passaggio degli alimen-

ti, fu lasciato in posto, e diede al medico, libero da ogni timore per parte dell' inghiottimento, il tempo di trattare la malattia, ed ottenerne la guarigione completa.

15. Potrei aggiungere a questi esempi molti altri fatti, ne' quali dalla medesima maniera d' operare sono resultati gli stessi vantaggi, senza che alcun pericolo ne sia stato la conseguenza. Si può dirlo, sonovi pochi casi in chirurgia, nei quali i suoi prodigi sieno più significanti, e la mano sia più manifesta e più prontamente benefica.

16. In generale ricorrete di buon' ora a questo mezzo tutte le volte, che l' ostacolo dell' inghiottimento è un ingorgamento della faringe, dell' esofago, o delle loro vicinanze, qualunque sia la natura di questo ingorgamento. Esso impiegato troppo presto, non espone a verun pericolo: al contrario è il suo uso troppo tardo? I progressi del male possono renderlo difficile, impossibile ancora, o almeno dolorosissimo, a causa del restringimento divenuto considerabile nelle vie alimentari. In tal modo negli ostacoli della respirazione bisogna, in generale, prevenire coll' introduzione delle cannule elastiche, l' interruzione completa del passaggio dell' aria.

§. IV. *Dei casi nei quali non può introdursi la siringa per le narici.*

Sonovi dei casi, nei quali il passaggio della siringa a traverso delle narici, presenta tali difficoltà, che deesi scegliere preferibilmente la bocca per farla arrivare. Tal'è quello dell' osservazione seguente, che io ho ricavato dal giornale di medicina, e che offre una vantaggiosa modificazione della precedente maniera d'operare, la quale è dovuta al citt. Boyer.

Osservazione IV.

Teresa Morgalet, di 46. anni, d'una costituzione assai buona, altre volte robusta, ma indebolita da qualche tempo della tristezza, e dalle frequenti malattie, provò nel corso di fiorile anno 5., delle leggere punture verso la parte inferiore della faringe. Per lo spazio di quindici mesi questi pungimenti non si faceano sentire, che ogni tre, o quattro giorni; ma a capo di questo tempo, cambiaronsi in un dolore, reale, e continuo; essa provò allora della difficoltà ad inghiottire sopratutto gli alimenti solidi. L'inghiottimento divenne di giorno in giorno più difficile, e fu intieramente soppresso il 18.

biumale anno VIII. l'ammalata priva d'alimenti per sette giorni, tormentata da una fame divorante, che non potea calmare la debole risorsa dei lavativi nutritivi, estinguevasi sensibilmente, quando fu determinato di chiamare presso di lei molte persone dell'arte.

L'indicazione più pressante era di nutrir l'ammalata, e venne deciso, che s'introdurrebbe nella laringe una siringa di gomma elastica. Due dei consultanti tentarono di farla passare in questo canale per le fosse nasali; la siringa non porè ripiegarsi contro la parete posteriore della faringe; i dolori, che la sua presenza causava, erano insopportabili, essi crescevano a misura, che si cercava di farla penetrare più avanti. Vedendo, che era impossibile di farla pervenire nella faringe per la via delle narici; fu determinato d'introdurla per la bocca, ed ecco in qual maniera vi si procedè.

Essendo l'ammalata fissa sopra una sedia colla testa inclinata al di dietro, il citt. Boyer introdusse per la bocca una siringa di gomma elastica senza stile. La siringa arrestata alla parte inferiore della faringe, ripiegavasi sopra se medesima in qualunque direzione, che venisse portata, fu sostituita a questa una siringa d'argento, la quale essendo inclinata un poco a sinistra, penetrò dopo una grandissima resistenza. S'injettò con precauzio-

ne dell'acqua calda, col mezzo d'un piccolo sifone adattato a questa siringa.

L'operatore essendosi assicurato, che l'acqua era penetrata nello stomaco, per la piacevole sensazione, che provò l'ammalata nel medesimo istante, ed essendo certo di nutrirla, almeno qualche tempo per questa strada artificiale, non pensò più che ai mezzi di fissare una siringa elastica in una maniera solida, e che dispensasse da reiterare spesso delle introduzioni defaticanti. Ma introducendola per la bocca, bisognava egli fermarla alla commessura delle labbra? L'azione dei denti, portata continuamente sulla siringa, la mobilità della mascella inferiore, e delle labbra, nol permettevano. Doveasi introdurla per una delle narici, per fissarla all'apertura del naso? Si era già tentato di farlo: d'altronde la siringa, che bisognava introdure colla sua anima non avrebbe potuto arrivare sino all'ostacolo. Ecco il mezzo, che immaginò subito il citt. Boyer, e che eseguì alcune ore dopo. La siringa, che era nell'esofago fu ritirata prima, che se ne fosse servito per far prendere all'ammalata una sufficiente quantità di brodo nutritivo.

Collocata l'ammalata come si è detto, l'operatore portò nella narice destra la siringa di Bellocq. Arrivato questo strumento all'apertura posteriore delle fosse nasali, un ajuto ne spinse la molla, che incurvandosi, penetrò nello

fauci, e fu ricondotta all' apertura interiore di questa cavità. Si attaccò sul bottone, che termina la molla l'estremità di un filo incerato a più doppi. La molla fu ritirata nella siringa, che riportata anche essa anteriormente, portò seco il filo all' infuori. Questi due capi di refe, uscendo uno dalla bocca, e l' altro dalla narice destra, furono ritenuti sopra la guancia dalla mano d'un ajuto. L'operatore abbassando la base della lingua col dito indice della mano sinistra, portò nella faringe, dirigendola dal lato sinistro, una siringa di gomma elastica armata del suo stile, del diametro, e della lunghezza delle più grosse dell' uretra, senza imbuto, e perforata all' estremità, che dovea trovarsi in alto. Questa siringa, spinta con forza, superò lo stringimento. Lo stile fu ritirato: nell'apertura fatta all' estremità superiore della siringa si fissò il capo del refe, che usciva per la bocca. Il citt. Boyer essendo padrone dei movimenti della siringa, col mezzo del capo superiore, che teneva sempre un ajuto, lo spinse nell' indietro della bocca, sino all' istmo delle fauci, indi prendendo il refe, lo tirò pian piano in alto, e all' infuori, e con esso l' estremità della siringa, la quale fu situata in modo, che oltrepassava alcune linee la narice, ed assoggettata col mezzo d'un refe a più doppi, col quale

si fecero dei giri circolari intorno alla siringa.

L'injezione frequente per il condotto artificiale, degli alimenti più nutritivi, ristabilì un poco le forze dell'ammalata, la siringa causò nei primi cinque giorni un poco d'irritazione, e di dolore; il sesto giorno, l'ammalata sputò una materia puriforme. Questo sputo crebbe nei giorni seguenti, ed il decimo giorno, cominciando la siringa a vacillare, potè farsi il naturale inghiottimento d'una piccola quantità di fluido. Questi vacillamenti crebbero a segno, che erano la sola causa dell'incomodo. Il dicesimo quarto giorno, l'ammalata tolse la siringa, ed era facile l'inghiottimento dei liquidi. Ma ricomparve ben presto la difficoltà d'inghiottire, ed il ventesimo giorno, eravi impossibilità assoluta. L'ammalata ricorse al mezzo, che aveale procurato alcuni sollievi. S'introdusse, secondo la maniera d'operare da me indicata, una siringa più voluminosa della precedente; non se ne ottennero gli stessi vantaggi, nè la minima dilatazione. L'ammalata forzata a portarla per lo spazio di cinque mesi, la sentì sempre ugualmente ristretta. Questa ostinata costrizione potendo essere il resultato d'una irritazione nervosa, si prescrissero i bagni, che non produssero veruno effetto.

L'ammalata priva d'alimenti solidi, inde-

bolita per una moltitudine di rimedi interni amministrati a differenti epoche, morì il 12. germinale vicino a due anni dopo il principio della sua malattia: l'apertura del di lei cadevere non fu fatta.

Quest'osservazione, che forma una specie di supplemento a quelle quì sopra esposte, basta per dare un'idea delle maniere d'operare, per le quali si può giungere a rendere applicabile a tutti i casi di ostacoli all'inghiottimento, l'uso delle siringhe elastiche.

L'idea di ricondurre nelle fosse nasali, per assoggettarvela, una siringa, che è stata introdotta per la bocca, non erasi presentata al citt. Boyer sei mesi prima dell'epoca nella quale la realizzò. Essendo stato egli chiamato presso una dama affetta di tisichezza laringea, e che non poteva inghiottire la minima quantità di fluidi, senza provare una tosse convulsiva, che la metteva in pericolo di perire soffocata, passò per la bocca nella laringe una siringa di gomma elastica, col mezzo della quale si potè calmare la sete divorante, che da un mese la tormentava. Dopo molte introduzioni fatte dal chirurgo l'ammalata giunse ad introdursi da se medesima la siringa, il che faceva senza molta pena tutte le volte, che il bisogno di bere ve la forzava. Non erasi determinato a passare la siringa per la bocca, che dopo aver

fatto tutti i tentativi possibili per introdurla dalle narici, senza venirne a capo.

Il redattore di questo articolo del giornale di medicina, cita l'osservazione d'un'ammalata, che provava un grandissimo incomodo nell'inghiottimento; non poteva inghiottire, che con molta pena gli alimenti più liquidi, come la pappa, la crema, il riso ec., i citt. Des Champs, e Boyer, volendo conoscere la sede dell'ostacolo, introdussero per la bocca una siringa di gomma elastica, senza stile. La siringa arrestata verso la parte superiore dell'esofago, ripiegavasi quando si cercava di farle superare l'ostacolo. Si sostituì a questa una siringa di un volume molto più piccolo, e questa, come la prima, fu arrestata, e non potè attraversare il restringimento. Allora il cittadino Boyer portò la siringa armata della sua anima e dopo una resistenza molto grande, giunse al di là dell'ostacolo, venne ritirata, e la sera medesima l'inghiottimento era più difficile. Tre giorni dopo questa malata abbandonò lo spedale, non potendo inghiottire i fluidi, che con degli sforzi assai penosi. Non si sono avute ulteriori notizie sulla medesima.

AVVERTIMENTI ED OSSERVAZIONI

Sull' estirpazione della glandula tiroide

OSSERVAZIONE I. (*raccolta da Giraud*).

GIaccolina Hyoms nel 1784, in una violenta estensione della testa, soffrì un dolore vivissimo alla parte media, ed anteriore del collo, dolore che dissipato ben presto, non lasciò dietro di se, che un poco d'incomodo nei movimenti. Ma tre mesi dopo, si vide alzarsi al lato destro della trachea un piccolo tumore duro, senza dolore, senza calore, nè cambiamento di colore alla pelle, ed offrendo dei moti sensibili di sollevamento, indizio della sua sede sul tragitto dell'arteria carotide primitiva.

L'ammalata poco incomodata da questo tumore, lo trascurò sino al mese di giugno 1788., epoca, alla quale i suoi progressi divennero rapidissimi. Inutilmente gli si opposero dei risolventi interni, ed esterni. Si manifestò ben presto al centro un punto di fluttuazione, che essendo aperto da strumento tagliente, diede uscita ad una sierosità gialliccia. Tre mesi dopo furono impiegati i cau-

stici, ma la loro azione fu nulla per la guarigione, ed allora l'ammalata stanca per l'insufficenza dei mezzi dell'arte, venne all'Hotel-Dieu il 21. maggio 1791.

A quest'epoca il tumore avea due pollici di diametro: essendo duro, attaccato al lato destro, ed alla parte media della trachea, deprimeva all'infuori il muscolo sterno-cleidomastoideo, era sollevato sensibilmente ad ogni movimento delle arterie, obbediva ai movimenti dell'inghiottimento, ed incomodava anche un poco il passaggio degli alimenti solidi. L'ammalata desiderando vivamente d'essere sbrigata da questa incomoda deformità, si determinò immantinente a subire l'estirpazione, che le si presentò come una risorsa unica, ma della quale non le vennero dissimulati i pericoli, nè la lunghezza, nè i dolori. Furono amministrati alcuni rimedi generali per prepararla all'operazione, che venne praticata nella maniera seguente, pochi giorni dopo la di lei entrata all'Hotel-Dieu.

I. Essendo questa malata coricata sul dorso inclinata un poco dal lato sinistro, colla testa, ed il collo più elevati del resto del corpo, Desault fece sul mezzo del tumore una incisione longitudinale, che cominciò alla larghezza d'un dito al disopra, e finì al disotto alla distanza medesima, affine di avere più spazio per continuare l'operazione, interessò in questa pri-

ma sezione la pelle, il muscolo alcune fibre degli sternojoidei, e tiroidei, e penetrò sino alla glandula.

II. Mentreche un ajuto tirava a sinistra il bordo interno dell'incisione, per fissare il tumore, egli lo separò dal muscolo sterno-cleido-mastoideo, tagliando il tessuto cellulare, che univa queste parti, divise nel tempo stesso due piccole arterie, delle quali fece subito la legatura, mentrechè venivano sollevate colle pinsette anatomiche.

III. Dopo avere in tal modo distaccato il lato esterno del tumore, si separò similmente il suo lato interno, facendolo tirare all'infuori con un uncino da un ajuto, affine di avere maggior facilità per isolarlo dalla parte anteriore, e dal lato della trachea. Durante questa specie di notomizzazione, differenti rami delle arterie tiroidee furono successivamente legate, e a misura, che si tagliavano.

IV. L'ajuto, che teneva l'uncino, ricondusse la glandula all'indentro, e al davanti, e nel tempo medesimo il chirurgo compì la dissezione all'infuori, in alto, ed a basso. Questa parte della dissezione era la più minuta, e la più difficile; bisognava continuamente ripulire con una spugna il poco sangue, che trasudava tuttavia, e che impediva di ben distinguere le parti. Quindi la necessità di non tagliare, che pochissimo per volta, e di riconoscere col dito,

avanti ciascun colpo di bistourì ciò, che si andava ad incidere. Dissecando con queste precauzioni, si misero a scoperto, senza ferirle le arterie tiroidee superiore, ed inferiore, e sene fece la legatura col mezzo d'un ago curvato, ed ottuso. Si divisero trasversalmente le medesime arterie, e si compì di distaccare il tumore della trachea, alla quale era fortemente aderente.

V. La ferita resultante da questa operazione avea vicino a tre pollici di profondità, era limitata all' infuori dal muscolo sterno-mostoideo, all'indentro della trachea, e dall'esofago, all'indietro dall' arteria carotide primitiva, e dai nervi dell'ottavo pajo, che mostravansi nel fondo. Dopo avere lavata questa ferita con acqua tiepida, ed assorbito tutto il sangue, che essa conteneva, venne ripiena di fila asciutte impolverate di colofonia. Dei piumacciuoli quadrati, sostenuti da giri di fasce poco serrati, formarono il resto dell'apparato.

Il tumore, che si era estirpato, avea quasi cinque pollici di circonferenza, e non differiva dall'altre glandule scirrose, che per un nucleo cartilaginoso sviluppato nel suo centro.

L'ammalata, che avea sopportato con fermezza questa operazione ugualmente lunga, che dolorosa, passò tranquillamente il resto della giornata, e non provò, che i bruciori ordinarj: la notte seguente lamentossi d'un poco di ca-

lore al collo, e d'incomodo alla respirazione. L'apparato fu inaffiato con decozione di altea. Si diede per bevanda la gramigna acidulata con ossimele; il terzo giorno, la difficoltà d'inghiottire crebbe di molto, quantunque la febbre fosse moderata. A quest'epoca si rinnovarono per la prima volta i piumacciuoli, e le fila esteriori e si continuò ad inzuppare l'apparato come erasi fatto i giorni precedenti.

La febbre cessò dopo il quarto giorno, e l'inghiottimento divenne meno malagevole; già cominciava a stabilirsi la suppurazione, essa il giorno appresso avea distaccato tutte le fila, in maniera, che si potè rinnovare intieramente l'apparato. La ferita era in buono stato; non fu medicata, che con delle fila alquanto molli, e dei piumacciuoli inzuppati nella decozione emolliente, il che continuossi tutti i giorni seguenti.

Niente accadde di particolare nel corso della cura. La ferita seguì il corso ordinario, fu cicatrizzata a capo d'un mese e l'ammalata uscì dallo spedale perfettamente guarita il trentaquattresimo giorno dopo l'operazione.

§. I. *Avvertimenti sopra l'osservazione precedente.*

La natura, circoscrivendo la glandula tiroide dentro limiti vascolari moltiplicati, sembra averla resa inaccessibile ai nostri strumenti ta-

glienti. Le tiroidee superiori in alto, le inferiori a basso, e qualche volta quel ramo più, o meno considerabile, che Neubort à scoperto il primo; sui lati le carotidi primitive, e le jugulari interne; al davanti una reticella venosa molto estesa; di più la vicinanza della trachea, dell' esofago, dei nervi ricorrenti, del tronco del pajo vago ec., formano alla di lei estirpazione degli ostacoli, che ànno arrestato tutti gli antichi, e che alcuni moderni non àn superati, che tremando. La prima volta che Gook à praticato quest' operazione, non ardì di compirla a causa dell' emorragia, ed il suo ammalato perì l' ottavo giorno. Il successo fu più felice la seconda volta; ma gli fu impossibile legare i vasi, e non giunse a preservar l' ammalato da una emorragia mortale, che facendo continuamente comprimere l' apparato dalla mano d' un ajuto per otto giorni intieri.

Ma questa difficoltà di legare i vasi disparisce per chi à una conoscenza esatta della struttura dei nostri organi, e sopratutto del rapporto, che ànno tra di loro. I piccoli meno inquietanti, che incomodi debbono essere legati a misura, che si tagliano. I getti di sangue indicano la loro presenza. Vengono presi colla molletta anatomica, e si colloca al disotto l' anza di refe. Quelli il di cui volume è considerabile, come i tiroidei saran-

no preliminarmente messi allo scoperto. Passato in seguito al disotto di essi un ago curvo, serve a condurvi un filo di refe, che ne opera la costrizione prima, che s' incidano. Si evita con ciò l' effusione troppo considerabile del sangue, che à il doppio inconveniente d' incomodare molto l'operatore, e d' indebolire le forze dell' ammalato.

Con tali precauzioni si può sempre sperare il successo, del quale l'osservazione precedente ci offre un esempio, e quantunque l'estirpazione della glandula tiroidea sia praticata ancora rarissime volte, non debbe mai arrestare il pratico, quando la sua presenza può divenire funesta. Theden, e Vogel ànno ottenuto dei resultati felici, e pronti quanto quelli di Desault.

SEZIONE III.

Malattie del Petto?

Osservazione su l'idropisia del Pericardia.

Osservazione I.

Un uomo venne a presentarsi allo spedale della Carità, con tutti i segni caratteristici d'una idropisia del pericardio. Tosse secca, difficoltà di respirare, polso lento, duro, irregolare, incomodo, affanno, pericolo di soffogarsi nella supinazione del corpo; sollievo sensibile nella stazione; sincopi frequenti; viso pallido, enfiato; tendenza abituale ad inclinarsi dal lato sinistro. tali erano i fenomeni che questo ammalato offriva.

Dubois, Sue, Dnmangin, Desault, riuniti in consulto, non convennero da principio su la causa, d'onde dipendessero tali fenomeni; gli uni credettero da una malattia di cuore; gli altri da una idropisia di petto; altri da una raccolta di acqua nel pericardio. In fine tutti i pareri riunironsi ai due ultimi, che divisero i consultanti. Desault per accordarli, propose un'operazione, che conveniva all'uno, ed all'altro caso: questa era di aprire il petto

tra la sesta, e la settima costa del lato sinistro, dirimpetto la punta del cuore, interessando la pelle, l'incrociamento dei muscoli grande obliquo, e gran pettorale, ed il piano degli intercostali. Questo progetto fu adottato, ed eseguito il giorno appresso.

Essendo stata fatta l'incisione colle precauzioni ricercate, Desault portò le dita nel petto, e sentì una spece di borsa piena d'acqua, che credè essere il pericardio. Gli altri consultati avendo esaminato similmente le parti, furono della stessa opinione. In conseguenza egli aprì con un bistourì ottuso la borsa dilatata, e diede uscita ad una mezza pinta circa d'acqua, che scappò con una specie di sibilo ad ogni ispirazione. Essendo finito lo scolo, il dito portato nuovamente nell'apertura, sentì un corpo unito, puntuto, conico, che veniva a percuotere il dito. Tutti gli assistenti lo sentirono, o l'opinione generale fu, che questo era il cuore a nudo.

Gli accidenti calmaronsi durante i due primi giorni, che seguirono l'operazione; ma ricomparvero il terzo, divennero più intensi, e l'ammalato morì il quarto giorno. L'apertura del cadavere fece vedere una membrana, che univa il bordo del polmone sinistro al pericardio, e formava la borsa incisa e presa per questa membrana. Il corpo conico, e appuntato, che erasi giudicato essere il cuore a nu-

do, era effettivamente questo organo, ma inviluppato dal pericardio, al quale aderiva in gran parte, dilatato molto più del solito, e ripieno d'un sangue nericcio ed in parte rappigliato.

Osservazione II.

Uno studente di medicina era da lungo tempo affetto da una tosse secca, effetto del passaggio imprudente dal caldo al freddo. Essendo da principio poco sensibile, si accrebbe in seguito, e vi si unì ben presto una difficoltà abituale di respirare, sopratutto quando l'ammalato saliva una scala. Del resto, non vi era alcuna dilatazione nella regione precordiale; nessuno incomodo, essendo coricato; non mai svegliamento improvviso, come spesso accade nelle idropisie di petto. Molti medici successivamente consultati, crederono tutti ad un'affezione cronica dei polmoni, e prescrissero una cura fondata su questa idea. In questo mentre, il giovane, che notomizzava nell'anfiteatro di Desault, essendosi tagliato con uno scalpello, che avea usato sopra un soggetto morto di febbre putrida, ne provò a capo di poco tempo tutti i sintomi. I progressi della malattia furono rapidi, e la morte sopravvenne il settimo giorno. Si osservò, che la difficoltà di respirare, e la tosse si accrebbero considerabilmente;

effetto, che si attribuì al trasporto della materia morbifica sul polmone.

L'apertura del cadavere provò, che erasi costantemente sbagliato sulla causa dell'affezione del petto, che non era altro, che una idropisia del pericardio. Questa borsa molto dilatata, respingeva in alto il polmone sinistro, col quale avea contratte delle aderenze, e conteneva vicino ad una pinta e mezzo di fluido.

Avvertimenti.

Nelle due precenti osservazioni si vedono dei pratici sperimentati credere da un lato ad una idropisia del pericardio, che non esisteva, dall'altro non sospettare l'esistenza di quest'affezione, che era molto caratterizzata. Ciò può spargere un gran lume sulla quistione di sapere, se in queste sorte d'idropisie dee essere praticata la paracentesi del petto. Ecco ciò, che rispondeva Desault a questo quesito.

Se il male è bene avverato, e non si manifesta alcuna delle complicazioni, che rendono l'operazione infruttuosa, bisogna decidervisi; perchè da un lato lo stravaso pervenuto ad un certo grado è mortale; dall'altro questo mezzo può lasciar travedere qualche speranza, come lo provano certe ferite, in cui questa membrana è stata impunemente

interessata. Galeno, Arveo, e molti altri, ce ne danno la prova nelle opere loro.

Ma come assicurare l'esistenza del male? Tanti segni possono ingannare; i caratteristici sono sì pochi; tante altre affezioni possono mentire questa, ed anche essa è suscettibile di mentirne tante altre, che si può assicurare, che il pratico non giudicherà mai in questo caso con certezza. Alcuni esempi di successo apportati da certi autori, non levano l'incertezza. In effetto, se Desault fosse riuscito nell' operazione, della quale abbiamo rapportato l'esempio, non si sarebbe egli creduto, che avesse aperto il pericardio? e nulladimeno la sperienza à provato il contrario.

Del resto se voi avventurate la paracentesi, non ricorrete mai al tre quarti, come raccomanda Sénac. Infatti, essendo incerto; se esiste nel pericardio una collezione d'acqua; 2. se essa è sufficiente per iscostare la punta del cuore dalle coste, quali pericoli non si corrono, facendo uso di questo strumento? L'incisione col bistourì è sempre preferibile.

OSSERVAZIONI

Sopra l'operazione del cancro nelle Mammelle.

Francesca Ramelay, di 44., anni, entrò all'Hotel-Dieu nel mese di Luglio 1792., per esservi curata da un cancro occulto alla mammella sinistra. Sei mesi avanti le era sopravvenuto nel tessuto cellulare di questa parte, e senza alcuna causa apparente esterna nè interna, un piccolo tumore duro, senza dolore, il quale moveasi sotto le dita, che lo premevano, e poco incomodo dava colla sua presenza. Il suo volume rimase lo stesso per due mesi; ma a capo di questo tempo, fece dei rapidi progressi, guadagnò tutta la mammella, fu accompagnato da dolori, dapprima poco vivi, ben presto più acuti, infine lancinanti. La pelle ingorgossi, divenne tubercolosa; si sparsero sulla superficie delle vene varicose. Si manifestò una glandula sotto l'ascella, la papilla come disseccata, prese una consistenza cornea; il tumore contrasse a basso delle aderenze col gran pettorale, rimase mobile in alto, si formarono dei punti di suppurazione, e venuero a fare prominenza sotto la pelle; i dolori si accrebbero, divennero insopportabili, ed il loro

grado era tale, che l'ammalata avrebbe voluto, che se le facesse l'operazione il giorno stesso della di lei entrata all'Hotel-Dieu.

L'uso dei diluenti, e dei purganti la preparò per qualche tempo, e quindici giorni dopo si praticò l'operazione nella maniera seguente.

I. Spogliata l'ammalata dei di lei abiti sino alla cintura, guarnita di pannilini attorno del tronco, fu assisa sopra un' alta sedia, colla testa appoggiata sul petto d' un ajuto, il braccio del lato ammalato portato all' infuori, e all' indietro, affine di mettere il seno allo scoperto, e di tendere il gran pettorale. Un ajuto sostenne il braccio in tal modo diretto; altri fissarono quello del lato opposto ugualmente, che le estremità inferiori.

II. Il chirurgo situato in avanti, ed a destra dell' ammalata, sollevò la mammella colla mano sinistra, fece tendere da un ajuto la pelle inferiormente; indi prendendo colla destra un bistourì ordinario, come per tagliare da sinistra a destra, e dall'indentro all'infuori, ne portò la punta nella cavità dell' ascella sotto la glandula ingorgata, che vi s'incontrava, fece una incisione semicircolare, diretta all' indentro, e un poco a basso, che abbracciò inferiormente il tumore, e venne a terminare sulle parti laterali dello sterno.

III. Tagliò da basso in alto il tumore in-

cidendo il tessuto cellulare, che l'univa al muscolo gran pettorale, portò via molte fibre di questo muscolo, fece la legatura di un ramo arterioso, interessato in questa prima incisione, e separò la glandula nel suo quarto inferiore.

IV. Avendo abbandonato il tumore al suo proprio peso, ricominciò una seconda incisio- semicircolare, all'angolo esterno della prima, venne a terminarla al suo angolo interno, e circoscrisse in tal modo tutta la glandula ingorgata. Come gli integumenti erano sani superiormente un ajuto avea avuta la precauzione di ritirarli fortemente in alto affine di risparmiarli.

V. Dopo l'incisione della pelle, il tessuto cellulare fu tagliato il più alto possibile, tirando in senso contrario gli integumenti, ed il tumore. La dissezione continuata in seguito da alto a basso, e dal difuori all'indentro, la separò intieramente dalla faccia interiore del gran pettorale, che fu portato via in parte, perchè l'ingorgamento vi si era propagato.

VI. Due rami arteriosi considerabili, tagliati nella seconda sezione, vennero presi colle pinzette anatomiche, ed immediatamente legati secondo il metodo usato da Desault in tutte l'operazioni.

VII. Il chirurgo, prendendo da un lato

uno dei bordi dell'angolo esterno della ferita, mentrechè un ajuto sollevava l'altro, prolungò l'incisione, messe a scoperto la glandula ingorgata, che avea il volume d'una grossa noce, fece primieramente la legatura del pedunculo, che l'univa all'arteria ascellare, e nel quale erano rinserrati dei rami arteriosi considerabili, tagliò questo pedunculo avanti alla legatura, conducendo il bistouri sull'indice sinistro, e portò via in tal modo la glandula da estirparsi.

VIII. Essendo stati lavati i bordi della ferita, il sangue della sua superfice fu ripulito inzuppandolo in delle fila asciutte, cominciando in alto, ed a misura, che si ripuliva, mettendo de' piccoli globi di fila alquanto molli impolverati di colofonia; su di esse vennero ammucchiate delle faldelle di fila asciutte, che furono sostenute con delle compresse lunghe fermate anche esse con molti giri di fascia.

IX. Riportata l'ammalata nel suo letto, fu coricata, colla testa alzata un poco, col braccio del lato ammalato posto sopra un cuscino molto prossimo al corpo, ed abbastanza elevato per rallentare ed il gran pettorale, e gl'integumenti corrispondenti.

Nella giornata l'ammalata si lamentò d'un poco d'incomodo nel petto, e di torpore nel braccio. L'uno, e l'altro si dissiparono il

giorno appresso: il terzo giorno, la fascia, ed i piumacciuoli vennero levati. S' inzupparono le fila colla decozione di altea. Furono applicate delle nuove pezze inzuppate nel medesimo liquore; il tutto fu sostenuto da una fasciatura da tronco fermata con uno scapolare: il quarto giorno, tracolamento sieroso, precursore della suppurazione; levate le fila all' esteriore, e rimpiazzate da nuove pezze cambiate, ed inzuppate d' acqua di altea: il settimo giorno, fila distaccate totalmente per la suppurazione; buono stato della ferita veduta a scoperto; fascette di cerato situate attorno dei bordi della ferita; fila ammucchiate nel mezzo; la stessa medicatura nei giorni seguenti: il quindicesimo giorno, disposizione biliosa, suppurazione divenuta viscosa; il sedicesimo giorno, emetico dato in molta quantità d' acqua: il diciannovesimo giorno, sparimento degli accidenti; sgorgamento dei bordi della ferita; progressi già visibili nella cicatrizzazione: il trentesimo giorno, diametro della ferita risietto di tre quarti: il trentesimo sesto giorno, nuova disposizione biliosa, aspetto della ferita, divenuto di nuovo sanioso; emetico dato nuovamente in molta acqua; miglioramento sensibile il terzo giorno: il quarantacinquesimo giorno, consolidazione quasi completa della ferita: il cinquantesimo giorno, eruzione di

pustole rossiccie alle vicinanze, s' è prescritta una tisana di pazienza, e di fummosterno: il sessantesimo giorno, cauterio stabilito al braccio destro: il sessantasettesimo giorno sortita dell' ammalata ottimamente guarita.

Avvertimenti.

Quatunque l' osservazione precedente non ci offre, che i dettagli spesso ripetuti d' un' operazione di cancro ordinario, non ò creduto inutile pubblicarla, per disegnare su questo punto il quadro della pratica di Desault. Ripigliamo alcuni di questi dettagli.

La direzione dell' incisione necessaria per mettere la glandula allo scoperto, varia secondo ciascuno dei pratici; gli uni la fanno perpendicolare, altri trasversale. In generale dee essere determinata dalla figura del tumore da estirparsi; ma voi dategli quanto più potrete la seconda direzione; la cicatrice sarà più pronta, perchè la pelle essendo più estensibile in alto, ed a basso, che sopra i lati, e sopratutto verso lo sterno, vi si presterà meno difficilmente; d' altronde non si avranno a temere le contrazioni del gran pettorale, che agendo perpendicolarmente ai bordi della ferita, tendono a separarli. Questi vantaggi compensano bene quello, che gli autori attribuiscono alle incisioni laterali, di dare

agli umori una uscita più comoda per l'angolo inferiore. Conservate in questa incisione la pelle quanto più potrete, facendola ritirare in alto, o a basso, prima di tagliarla, seguendo il luogo in cui essa è sana, come nell' osservazione precedente. Che il taglio del bistourì, portato perpendicolarmente non incida disugualmente, le medicature ne sarebbero più dolorose.

Essendo incisa la pelle a basso, cominciate dal distaccare primieramente la glandula da questo lato, prima di fare l'incisione superiore, come alcuni consigliano: andate a grandi colpi di bistourì nella dissezione; l'operazione ne è più pronta, e non meno sicura, perchè se rimane qualche punto ingorgato, viene levato in seguito, dopo avere portato via il tumore. Se è tagliato qualche ramo arterioso considerabile, arrestate la dissezione, e fatene subito la legatura. E' un metodo vizioso di fare eseguire su di essa una compressione dal dito d' un ajuto sino alla fine dell'operazione, per legarla dopo. Il contatto dell' aria, lo spasmo della parte, il ritiramento dei vasi nelle carni, possono impedire l'uscita del sangue, solo indizio della presenza di questo vaso, che dopo la medicatura, e quando sopravviene la febbre, produce una emorragia incomoda, ed anche inquieta.

Essendo la parte inferiore della glandula isolata, procedete alla dissezione della superiore: si raccomanda l'uso degli uncini, delle pinzette per fermarla; ma in tutti i casi le dita sono sufficienti. Ne risulta minor dolore per l'ammalato, e maggior facilità pel chirurgo, che sempre dee rendere semplici le sue maniere d'operare.

Se vi sono delle glandule sotto l'ascella, come nell'osservazione precedente, è una precauzione essenziale di legare, prima di tagliarlo, il pedunculo, che la sostiene dal lato dell'arteria ascellare, sopratutto se la glandula ne è vicinissima. Senza di ciò la legatura sarebbe forse impossibile nella profondità delle parti, e l'emorragia tanto più pericolosa, perchè l'arteria, che va alla glandula, dilatata più del solito, somministrerebbe una maggior quantità di sangue.

Essendo tutto portato via, esaminate accuratamente la superficie della ferita; portate via tutte le porzioni ingorgate, che restano, e procedete in seguito alla medicatura. In generale è inutile di stringere molto l'apparato, come praticavano gli antichi, e come si fa tuttavia. La legatura dei vasi, fatta come noi l'abbiamo indicata, mette al sicuro d'ogni timore. La compressione mortifica le parti, affretta la suppurazione, la rende più abbondante, e in generale ritarda sempre la cicatrizzazione della ferita.

La levata del primo apparato era altre volte dolorosa estremamente, perchè tutte le fila distaccate in questa prima medicatura, stiravano le parti, alle quali ancora erano attaccate per mezzo del loro strato interno, e rinnovavano ancora l'emorragia dei piccoli vasi. Se per evitare questo inconveniente, si aspettava più tardi; il fetore delle suppurazione incomodava singolarmente l'ammalato. Il metodo di medicare quì sopra descritto essendo più semplice, e più comodo, è al coperto da questo doppio svantaggio. Togliendo via successivamente, e per istrati le fila del primo apparato, e rimpiazzando ogni giorno con delle nuove quelle, che se ne sono staccate, nessun dolore è da temersi per l'ammalato; la levata dell'apparato si fa insensibilmente; il tempo dell'irritazione è passato, quando l'ultimo strato viene tolto. Quest'osservazione è applicabile a tutte l'operazioni, nelle quali sono necessarie delle grandi ferite.

Tralascio i dettagli ulteriori, e dell'operazione, e della medicatura, che essendo ritracciati per tutto, non debbono trovar posto in questo luogo.

Fine del Vol. V.